

**O INSTRUMENTO DE CARATERIZAÇÃO DO ESTILO DE GESTÃO
DO REGIME TERAPÊUTICO: CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO**

MIQUELINA ROSA RODRIGUES MEIRELES

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

MIQUELINA ROSA RODRIGUES MEIRELES

O INSTRUMENTO DE CARATERIZAÇÃO DO ESTILO DE GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO: CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre
em Ciências da Enfermagem, submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Doutora Fernanda Bastos

Categoria – Professora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do
Porto.

Co-Orientador: Doutora Alice Brito

Categoria: Professora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do
Porto.

"O que nos salva é dar um passo e outro ainda."

Saint-Exupéry

AGRADEÇO

À Professora Fernanda Bastos, pela vasta sabedoria, correções e sugestões pertinentes, e disponibilidade demonstrada em todas as fases que levaram à concretização deste trabalho.

À Professora Alice Brito, pelo apoio e incentivo.

Aos participantes, pela disponibilidade, receptividade e interesse demonstrados.

Aos colegas de equipa, pela excelente relação pessoal que existe, pelo apoio, ajuda e intercâmbio de ideias e informação.

À colega de mestrado e amiga Sílvia, pela confiança, carinho e motivação.

À família, amigos e ao meu companheiro de viagem, Bruno, pelo apoio incondicional.

Muito obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD – Atividades de autocuidado com a diabetes

AB – *Abstract*

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADO – Antidiabéticos orais

APDP - Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

C-DMSES - *Diabetes Management Self-Efficacy Scale*

CIDS-T2 - *Confidence in Diabetes Self-Care for Type 2 patients*

CIFE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem®

Cm – Centímetro

CODE – 2 - The cost of diabetes in Europe - type 2

DAWN - *Diabetes Attitudes, Wishes and Needs*

DDS - *Diabetes Distress Scale*

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DKT - *Diabetes Knowledge Test*

DM – diabetes mellitus

DP – Desvio Padrão

DSES - *Diabetes Self -Efficacy Scale*

EASD - European Association for the Study of Diabetes

EBSCO – *Elton Bryson Stephens Company*

Ed. – Edição

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

EUA – Estados Unidos da América

GRT – gestão do regime terapêutico

HbA1C - Hemoglobina glicosilada

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

IDF - *International Diabetes Federation*

IHP – *Institute for Health Policy*

IMC – índice de massa corporal

Kg – quilograma

MCE – Mestrado em Ciências de Enfermagem

MeSH - Medical Subject Headings

mg/dl – miligramas por decilitro

NPH – *New Public Management*

NHS – *National Health Service – England*

NLM - *National Library of Medicine's*

nº - Número

OND - Observatório Nacional da Diabetes

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAID - *Problem Areas in Diabetes Scale*

p. - Página

PA - Perímetro abdominal

% - Percentagem

PGC – Pesquisa de glicemia capilar

PNCD - Programa Nacional de Controlo da Diabetes

PND – Programa Nacional da Diabetes

PNS - Plano Nacional de Saúde

RU – Reino Unido

SPD - Sociedade Portuguesa de Diabetologia

SDSCA - *Summary of Diabetes Self-Care Activities*

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SDSCA - Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS® - *Statistical Package for Social Sciences®*

TA – Tensão arterial

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa nas bases de dados	46
Figura 2 - Relação do estilo de gestão do regime terapêutico e suas propriedades.....	64

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Itens específicos por estilo de GRT	61
Quadro 2: Scores por estilo de GRT.....	62
Quadro 3: Scores por estilo de GRT predomínio	62
Quadro 4: Scores por estilo de GRT combinado	63
Quadro 5: Indicadores específicos de cada grande dimensão do estilo de GRT	64
Quadro 6: Indicadores específicos de cada dimensão do estilo de GRT	65
Quadro 7: Análise da consistência interna do instrumento de caracterização do estilo de GRT (1. ^a e 2. ^a partes).....	87
Quadro 8: Homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alpha de Cronbach) da primeira parte do instrumento	88
Quadro 9: Homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alpha de Cronbach) da segunda parte do instrumento.....	89
Quadro 10: Análise da consistência interna do instrumento de caracterização do estilo de GRT (1. ^a e 2. ^a partes).....	89

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caraterização da amostra quanto ao sexo e habilitações literárias	67
Tabela 2: Caraterização da amostra quanto ao estado civil e situação profissional atual	68
Tabela 3: Caraterização da amostra quanto ao agregado familiar e local de vigilância da diabetes	69
Tabela 4: Caraterização da amostra quanto ao número de anos de diagnóstico e idade de diagnóstico de diabetes	69
Tabela 5: Caraterização da amostra quanto ao IMC (peso saudável, excesso de peso, obesidade).....	70
Tabela 6: Caraterização da amostra quanto ao perímetro abdominal de risco.....	71
Tabela 7: Diferenças entre participantes idosos e não idosos quanto ao controlo da diabetes (HbA1C<6.5%)	83
Tabela 8: Caraterização da amostra quanto à realização de PGC em jejum nos últimos 30 dias	83
Tabela 9: Diferenças na média do valor de HbA1C entre participantes que realizam 8 PGC ou mais em jejum nos últimos 30 dias e menos de 8	84
Tabela 10: Diferenças no número de PGC em jejum nos últimos 30 dias entre participantes com rendimento familiar suficiente e insuficiente	84
Tabela 11: Correlação entre diferentes variáveis no grupo de participantes que realizaram 8 ou mais PGC nos últimos 30 dias	85
Tabela 12: Distribuição dos participantes em função do estilo de GRT	91
Tabela 13: Distribuição dos participantes em função do estilo de GRT (agrupados).....	92
Tabela 14: Estatística descritiva dos resultados obtidos em cada um dos estilos de GRT ...	93
Tabela 15: Comparação estilo de GRT (agrupados) em função das habilitações literárias ..	93
Tabela 16: Comparação estilo de GRT (agrupados) em função da média das variáveis sociodemográficas e dados clínicos.....	94
Tabela 17: Comparação estilo de GRT (agrupados) em função da soma de todas as dimensões da Escala de AACD.	96
Tabela 18: Análise da consistência interna das subescalas flexibilidade e <i>locus</i> de controlo.....	96
Tabela 19: Comparação estilo de GRT (agrupados) em função da flexibilidade e <i>locus</i> de controlo.....	97
Tabela 20: Estatística descritiva dos resultados obtidos em cada uma das subescalas flexibilidade e <i>locus</i> de controlo	97

Tabela 21: Matriz de correlações entre a soma de todas as dimensões da Escala de AACD e as subescalas flexibilidade e <i>locus</i> de controlo.....	98
Tabela 22: Análise da consistência interna das subescalas <i>locus</i> de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face à doença, atitude face ao regime e interacção com os profissionais	99
Tabela 23: Estatística descritiva dos resultados obtidos em cada uma das subescalas (<i>locus de controlo</i> interno, tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face à doença, atitude face ao regime e interacção com os profissionais).....	99
Tabela 24: Comparação estilo de GRT (agrupados) em função da tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face ao regime e interacção com os profissionais..	100
Tabela 25: Matriz de correlações entre a soma de todas as dimensões da Escala de AACD e as 7 subescalas (<i>locus</i> de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face à doença, atitude face	103
Tabela 26: Matriz de correlações entre soma de todas as dimensões Escala AACD, as 7 subescalas (<i>locus</i> de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face à doença, atitude face ao regime e interacção com os profissionais) e variáveis sociodemográficas e dados clínicos.....	105
Tabela 27: Comparação estilo de GRT (agrupados) em função do sexo.....	101
Tabela 28: Estatística descritiva dos resultados obtidos em cada uma das subescalas (<i>locus</i> de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face à doença, atitude face ao regime e interacção com os profissionais) por sexo	101

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1 – DIABETES: A DOENÇA E OS DESAFIOS	23
1.1. Diabetes: Panorama Atual e Futuro	23
1.2. Diagnóstico e Tratamento da Diabetes Tipo 2	25
1.3. Políticas e Programas de Intervenção na Diabetes	27
1.4. Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes Tipo 2	32
1.5. O Exercício Profissional do Enfermeiro Face à Pessoa com Diabetes Tipo 2	42
1.6. Estado da Arte: Instrumentos Utilizados na Identificação de Fatores Relacionados com a Gestão do Regime Terapêutico em Pessoas com Diabetes	45
1.7. O Processo de Validação de Instrumentos.....	49
1.8. Justificação do Estudo.....	51
2 – PARTICIPANTES E MÉTODOS	53
2.1. Finalidade e Objetivos	53
2.2. Desenho do Estudo.....	54
2.3. Colheita de Dados.....	55
2.4. Instrumentos de Colheita de Dados.....	56
2.5. Participantes	65
2.6. Caracterização da Amostra	67
2.7. Estratégias Para Análise dos Dados	71
2.8. Considerações Éticas.....	73
3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	75
3.1. Dados Sociodemográficos e Clínicos Relevantes Sobre os Participantes	75
3.2. Avaliação das Propriedades Psicométricas e da Utilidade do Instrumento	87
3.3. Reflexões que Emergem da Aplicação do Instrumento	106
CONCLUSÕES.....	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	115
ANEXOS.....	121
Anexo 1 – Formulário de caracterização sócio-demográfica e dados clínicos	
Anexo 2 – Instrumento de caracterização do estilo gestão do regime terapêutico: questionário dos traços identitários e das atitudes face à doença e ao regime terapêutico	
Anexo 3 – Instruções de preenchimento do instrumento de caracterização do estilo gestão do regime terapêutico	

Anexo 4 – Autorização para utilização do instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico

Anexo 5 – Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

Anexo 6 – Parecer do ACES acerca da realização do estudo de investigação

Anexo 7– Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS norte acerca da realização do estudo de investigação

Anexo 8 – Tabelas com Artigos que emergiram da pesquisa em bases de dados

RESUMO

O INSTRUMENTO DE CARATERIZAÇÃO DO ESTILO DE GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO: CONTRIBUTO PARA A VALIDAÇÃO

A diabetes representa um verdadeiro flagelo na atualidade e exige a gestão de um regime terapêutico complexo, sendo para a maioria das pessoas com diabetes uma tarefa de vida. Num contexto internacional de redução de custos, torna-se também necessário identificar as pessoas com diabetes tipo 2 em maior risco de uma gestão ineficaz do regime terapêutico.

A investigação apresentada tem por base a teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico, de Bastos 2012, que pretende contribuir para a adequação das terapêuticas relativas às necessidades da pessoa com diabetes, tendo em conta o seu estilo de gestão do regime terapêutico que, segundo a autora, está intimamente ligado às condições pessoais, pela atitude face à vida e à doença e aos atributos pessoais.

O presente estudo centra-se no domínio dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2, tomando por objeto de estudo a problemática da avaliação da gestão do regime terapêutico. O percurso de investigação decorreu entre Fevereiro de 2013 e Setembro de 2014, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região norte e pretendeu caraterizar a população de utentes da USF com diabetes tipo 2 e avaliar a aplicabilidade, utilidade e as propriedades psicométricas do instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico, através de um estudo metodológico e de carácter transversal. Cem participantes completaram o instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico que pretende identificar atributos pessoais, atitudes e comportamentos face à doença e ao regime terapêutico, que possam facilitar ou dificultar a sua gestão.

A análise da consistência interna através dos valores de *Alpha de Cronbach* permitiu verificar valores aceitáveis ($\alpha=0,695$). Os resultados sugerem que o instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico, por ser um instrumento de fácil aplicação, completo e, ainda assim, flexível, torna-se útil para ser aplicado pelos enfermeiros na sua prática. Avalia com sucesso o estilo de gestão do regime terapêutico revelando capacidade discriminatória de identificar pessoas em maior risco de gestão ineficaz do regime terapêutico. Surge como inovador devido ao facto de aglutinar a avaliação de traços identitários e atitudes, além de comportamentos, podendo ser uma

ferramenta de apoio na identificação das pessoas em maior risco de gestão ineficaz do regime terapêutico.

Palavras-chave: autogestão, estilo de gestão do regime terapêutico, diabetes, propriedades psicométricas

ABSTRACT

THE SELF-MANAGEMENT STYLE INSTRUMENT: CONTRIBUTION TO THE VALIDATION

Diabetes represents a real scourge nowadays and demands for complex self-management, a task of a lifetime for most of people with diabetes. In an international context of cost reduction, it's also necessary to identify persons at major risk of ineffective self-management.

The present investigation is based on the Bastos's explanatory theory on the problematic of the disease management and treatment regime management that intends to contribute for the adjustment of the therapeutics concerning the needs of people with diabetes, considering their own self-management style that, according to the author, is intimately connected to personal conditions, the attitude towards life and disease and personal attributes.

The present investigation study is focused within the domain of nursing care to the person with type 2 diabetes, taking as study object the problematic of assessing self-management. The investigation course took place within February 2013 and September 2014, in a USF (Family Health Unit) in the towards northern part of the country and intended to characterize the population of the USF users with diabetes type 2 and also to assess the applicability, clinical usefulness and the psychometric properties of the self-management style instrument, throughout a methodological and of transversal type study. One hundred participants completed the self-management style instrument, which aims to identify personal attributes, attitudes and behaviours towards the disease and treatment regime, that can facilitate or hinder its management.

The analysis of the internal consistency through the Cronbach's *Alpha* values allowed to verify acceptable values ($\alpha=0,695$). The results suggest that the self-management style instrument, as it is easily used, complete and, yet, flexible, becomes useful to be employed by nurses in their practice. Successfully evaluates the self-management style revealing discriminatory ability to identify people at higher risk for ineffective disease and treatment regime management. It appears so innovative due to the fact that it gathers together the assessment of identity and behavior features, beyond behaviours, that may be a support tool in identifying people at major risk of ineffective self-management.

Keywords: self-management, self-management style, diabetes, psychometric properties

INTRODUÇÃO

A problemática da doença crónica exige inovação em cuidados de saúde, com introdução de novas ideias, métodos ou programas que possam ter impacto positivo na qualidade de vida das pessoas e na organização dos serviços de saúde. No processo de vivência com doença crónica, que se afigura prolongado no tempo, urge encarar a qualidade de vida da pessoa e família como um resultado importante e, portanto, o papel da pessoa na produção desse resultado deve ser enfatizada (1).

Uma vez que a diabetes representa um verdadeiro flagelo na atualidade e exige a gestão de um regime terapêutico complexo, o desafio de tornar esta doença crónica foco de um trabalho de investigação, afigura-se aliciante. De acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (OND), diabetes é:

“... caracterizada pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue, a hiperglicemia. A hiperglicemia (açúcar elevado no sangue) que existe na Diabetes, deve-se em alguns casos à insuficiente produção, noutros à insuficiente ação da insulina e, frequentemente, à combinação destes dois fatores. As pessoas com Diabetes podem vir a desenvolver uma série de complicações” (2).

Encontrando-se os enfermeiros numa posição privilegiada para contribuir para a melhoria da saúde das populações, em particular da pessoa com doença crónica, desempenham um papel essencial na evolução dos conhecimentos e das boas práticas nesta área de intervenção que é a gestão do regime terapêutico na doença crónica (3).

A dissertação que aqui se apresenta foi desenvolvida no âmbito do XX Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem (MCE), do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS). Insere-se num projeto em curso na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no âmbito da Unidade Científico-Pedagógica: A gestão da doença e dos regimes terapêuticos, atualmente designada como “Autocuidado”. O Projeto: Questionário de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico,

encontra-se a ser desenvolvido no âmbito dos cuidados de saúde, em vários contextos, no país.

A presente investigação situa-se no domínio dos cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes tipo 2, tomando por objeto de estudo a problemática da avaliação da gestão do regime terapêutico. Este estudo metodológico e de caráter transversal foi desenvolvido com vista a caracterizar a população de utentes da USF com diabetes tipo 2 e avaliar a aplicabilidade, utilidade e propriedades psicométricas do instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico, de modo a contribuir para sua validação.

Com este percurso de investigação pretendemos contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos e para a elevação da qualidade da prática profissional dos enfermeiros face à pessoa com diabetes tipo 2, através de uma adequada fundamentação das decisões, intervenção em saúde e interações com a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem de forma a promover uma gestão eficaz do autocuidado.

O conceito operacionalizado pelo instrumento sobre o qual o presente estudo incide - “o estilo de gestão do regime terapêutico” -, segundo Bastos, refere-se ao *“conjunto de atitudes das pessoas face à doença, à gestão do seu regime terapêutico, à sua relação com o sistema de saúde e a forma como cada um vivencia a transição saúde/doença”* (4).

Este estudo tem por base a teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico de Bastos e a Teoria das Transições de *Meleis*, pela forma como conceptualizamos a enfermagem, pelo que admitimos um pressuposto: a forma como a pessoa vive o processo de transição saúde e doença crónica e a forma como gere o seu regime terapêutico são influenciados pelos atributos pessoais e pelas atitudes face à doença e aos cuidados propostos e determinam os comportamentos. Centrâmo-nos nas respostas de pessoas com diabetes que gerem de determinada forma o seu regime terapêutico e pretendemos contribuir para a compreensão e identificação de padrões de vulnerabilidade contextuais e pessoais que permitam aos enfermeiros identificar pessoas em risco de terem uma gestão ineficaz do seu regime terapêutico face a uma doença crónica e perceber como podem as terapêuticas de enfermagem ser promotoras de uma vivência do processo de transição indutora de uma gestão mais eficaz, de acordo com o próprio projeto de vida (4) (5).

As questões relativas à gestão do regime terapêutico representam um domínio de elevado interesse para os profissionais de saúde que interagem com pessoas com doença crónica. Sendo inegável a pertinência da temática para a investigação e para a enfermagem, surge a questão: em que é que o atual estudo pode acrescentar algo à evidência já produzida.

A complexidade e multidimensionalidade da gestão do regime terapêutico, exige a utilização de instrumentos que meçam mais do que uma dimensão e reflitam uma visão abrangente não apenas da forma como a pessoa gere o regime terapêutico, mas também dos fatores que a influenciam. A sua utilização coloca desafios que os testes que medem apenas uma dimensão não evidenciam.

A importância que uma adequada gestão do regime terapêutico pode ter nos resultados em saúde, nomeadamente nas pessoas com diabetes, e a inexistência de um instrumento específico, capaz de avaliar de forma abrangente e discriminatória, levou-nos à pretensão de contribuir para a validação do instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico.

No primeiro capítulo apresentamos o enquadramento conceptual, o estado da arte sobre a temática em estudo e o resultado da revisão teórica da literatura atual. No segundo capítulo, referente à metodologia, enunciamos a finalidade e objetivos que subsidiam a pertinência da investigação, desenho e amostra do estudo e sua breve caracterização, instrumentos utilizados, processo de colheita de dados e estratégias de análise dos mesmos. Finalizamos este capítulo com a descrição dos procedimentos considerados no domínio da ética. O terceiro capítulo consiste na apresentação dos dados que emergiram do processo de investigação, sua análise e discussão. No quarto, e último capítulo, tecemos as considerações finais do estudo.

1 – DIABETES: A DOENÇA E OS DESAFIOS

Do ponto de vista teórico será feita uma revisão da literatura, na tentativa de manifestar o atual estado de arte sobre a problemática da gestão do regime terapêutico (GRT) da pessoa com diabetes tipo 2. Pretende-se evidenciar a multidimensionalidade deste construto, bem como a complexidade do processo de adaptação à doença, salientando o contributo das teorias de enfermagem. São explorados os fatores que intervêm na GRT e que se poderão traduzir num determinado perfil. Neste enquadramento teórico, é ainda analisado o papel do enfermeiro, no acompanhamento da pessoa com diabetes tipo 2, dando ênfase aos instrumentos utilizados na avaliação da GRT na diabetes tipo 2.

1.1. Diabetes: Panorama Atual e Futuro

O mundo enfrenta, nos dias de hoje, um aumento significativo de mortalidade e morbilidade resultantes das doenças crónicas: *“O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas, nomeadamente as cérebro-cardiovasculares, a hipertensão arterial e a diabetes”* (6).

Já em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciava como desafio, no âmbito da saúde do presente século, as doenças crónicas e referia que a alteração do caminho traçado pelas estatísticas requer esforços por parte dos governantes e líderes decisores dos cuidados de saúde, setor privado e sociedade civil, em todos os países do mundo (1).

Mais recentemente, em Maio de 2013, na 66.^a Assembleia Mundial da Saúde, os estados membros das Nações Unidas, aprovaram por unanimidade um Plano de Ação Global para a prevenção das doenças não transmissíveis. A diabetes assume um papel proeminente na agenda global da saúde, com metas específicas para o acesso a medicamentos essenciais e para travar o crescimento da obesidade e diabetes (7).

Dados preocupantes apresentados pela IDF (*International Diabetes Federation*), evidenciam que a prevalência da diabetes continua a aumentar e atinge mais de 382 milhões de pessoas a nível mundial, prevendo-se que atinja os 592 milhões nos próximos 25 anos. É expectável que a diabetes tipo 2 em particular, sofra um aumento de 55% na sua prevalência até 2035. A IDF estima que 175 milhões de pessoas não estão diagnosticadas, adiando a possibilidade de gerir a diabetes e prevenir as suas complicações. Existe um aumento das mortes prematuras devido à diabetes: 5,1 milhões de pessoas com idade entre os 20 e os 79 anos, em 2013, e, metade delas, em pessoas com menos de 60 anos (8).

Na Europa, o número de pessoas com diabetes, ascende aos 56,3 milhões, representando 8.5% da população adulta. De salientar o número de mortes atribuídas à diabetes, ocorridas em 2013 – 619 mil – 10% destas de pessoas com menos de 50 anos (8).

Analisando a realidade de Portugal, que se posiciona entre os países europeus com mais elevada taxa de prevalência da diabetes, constatamos que o envelhecimento da população tem uma forte correlação com esta taxa. Em 2012, a diabetes afetava cerca de 1 milhão de pessoas, que corresponde a uma prevalência de 12,9% da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos. Em 44% destes indivíduos a diabetes prossegue uma evolução silenciosa por não ter sido ainda diagnosticada (2).

O papel da diabetes nas causas de morte é valorizável, e, *“...em 2012 a Diabetes representou cerca de sete anos de vida perdida por cada óbito por Diabetes na população com idade inferior a 70 anos”* (2).

No Relatório Primavera 2014, as pessoas com diabetes são consideradas um grupo vulnerável a situações de crise e são identificados como pontos negativos o aumento de reinternamentos, de amputações major dos membros inferiores e da prevalência. Este documento evidencia os resultados positivos ao nível dos registos nos cuidados primários (9).

Por si só, a diabetes, influencia também o surgimento de outras doenças, uma vez que, em adultos, diabetes, hipertensão e excesso de peso ou obesidade aumentam o risco de doenças cardiovasculares e diversos tipos de cancro (10).

Além do sofrimento humano causado às pessoas que têm diabetes e aos seus familiares, decorrentes das complicações relacionadas com a doença, um dos efeitos evidentes desta epidemia global é o impacto económico para indivíduos, famílias, sistemas

nacionais de saúde e países. Esses custos englobam desde os cuidados de saúde e perda de rendimento, aos custos económicos para a sociedade em geral, perda de produtividade e oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico (2, 8).

Os gastos com saúde em diabetes foram responsáveis por 10,8% do total das despesas de saúde em todo o mundo em 2013, incluindo os gastos médicos com a diabetes pelos sistemas de saúde, bem como por pessoas que vivem com diabetes e as suas famílias. A implementação de intervenções fáceis de usar e de baixo custo pode reduzir o enorme ónus económico da diabetes (8).

O aumento da prevalência da doença, o aumento do número e da proporção de pessoas tratadas, bem como as dosagens médias utilizadas nos tratamentos tem-se repercutido no aumento significativo do consumo de medicamentos para a diabetes, ao longo dos últimos anos, em toda Europa, apresentando um crescimento de 24% em Portugal, entre 2000 e 2010. A agravar esta realidade, o custo médio das embalagens de medicamentos da diabetes mais que duplicou o seu valor nos últimos dez anos (2).

De acordo com a Estrutura da Despesa de Saúde em diabetes – Estudo *The cost of diabetes in Europe - type 2* (CODE-2), a diabetes representou um custo direto estimado entre 1 250 - 1 500 milhões de euros, em Portugal, no ano 2012, cerca de 8-9% da despesa em saúde. Se considerarmos o custo médio das pessoas com diabetes, de acordo com os valores apresentados pela IDF, no 5.º Atlas Mundial da Diabetes (1 963 por indivíduo), a diabetes em Portugal, em 2012, representa um custo de 1 977 milhões de euros, 12% da despesa em saúde (2).

1.2. Diagnóstico e Tratamento da Diabetes Tipo 2

Desde 1965, a OMS publica *guidelines* para o diagnóstico e classificação da diabetes no relatório conjunto da OMS e da IDF: *Definition and Diagnosis of diabetes Mellitus and Intermediate Hyperglycemia*. Neste documento, de 2006, assume-se a diabetes como uma condição essencialmente definida pelo grau de hiperglicemia, dando origem a riscos de danos microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Está associada a menor expectativa de vida, morbilidade significativa devido às complicações microvasculares relacionadas com a diabetes, aumento do risco de complicações macrovasculares (doença isquémica do coração, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica) e, consequentemente, diminuição da qualidade de vida (11).

Na diabetes tipo 2 o pâncreas produz uma quantidade de insulina insuficiente ou o organismo não tem capacidade de utilizar a insulina produzida de forma eficaz. Esta situação pode manter-se assintomática durante vários anos, salvo realização de análise aos valores de glicose no sangue ou na urina.

As mudanças culturais e sociais, o envelhecimento da população, a crescente urbanização, e estilos de vida não saudável estão associados ao aumento da prevalência da diabetes. Além disso, encontram-se identificados como fatores causais possíveis a obesidade, resistência à insulina, história familiar de diabetes, ambiente intra-uterino deficitário e etnia (2).

A reeducação alimentar, aumento da atividade física e perda de peso se excessivo representam o primeiro passo no tratamento da diabetes tipo 2. Surge como próxima etapa o uso de antidiabéticos orais (ADO) e/ou insulina, bem como controlo do colesterol e tensão arterial (TA), com uso de medicamentos, caso necessário (2). O OND identifica como estratégias para redução dos danos causados por esta doença: *“um controlo rigoroso da hiperglicemia, da hipertensão arterial, da dislipidemia, entre outros, bem como de uma vigilância periódica dos órgãos mais sensíveis (retina, nervos, rim, coração, etc.)”* (2).

A realização de testes de glicemia capilar em jejum, antes e depois das refeições, permite monitorizar o controlo da doença. Deverão definir-se valores alvo para cada pessoa, tendo em conta fatores como a idade, tipo de vida, atividade e existência de outras doenças. A determinação da Hemoglobina glicosilada (HbA1C) fornece uma visão global do estado de controlo da diabetes nos últimos três meses, considerando-se valores adequados inferiores a 6,5%. Também este objetivo deve ser individualizado, tendo em conta a idade, anos de doença e complicações (2).

Quando persiste a elevação de glicose no sangue, mesmo que assintomática, ocorre lesão nos tecidos. É nos rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular que se manifestam as complicações mais importantes, podendo levar a retinopatia, nefropatia, neuropatia, amputação e elevação do risco de doença coronária e acidente vascular cerebral (2).

Apesar das ferramentas à nossa disposição para combater a doença - respostas terapêuticas eficazes, tecnologia avançada, cada vez melhores estratégias de educação e de prevenção - a batalha para proteger as pessoas de diabetes e controlo de complicações está a ser perdida (8).

1.3. Políticas e Programas de Intervenção na Diabetes

A diabetes tipo 2 é uma doença crónica na qual o estilo de vida e as modificações comportamentais são componentes críticas do cuidado. O estudo DIABASIS veio demonstrar a importância de um relacionamento colaborativo entre a pessoa com diabetes tipo 2 e os profissionais de saúde, e do suporte familiar na promoção da responsabilização.

Para uma eficaz autogestão da doença é necessária elevada participação por parte da pessoa com diabetes. Contudo, pouco se sabe sobre as estratégias que poderão encorajar a pessoa a ter um papel ativo e responsável na autogestão da doença. Recentes estudos demonstraram que a idade, história pessoal e as crenças relacionadas com a causa e tratamento da diabetes influenciam as práticas de autogestão. A compreensão destes fatores poderá ser essencial para delinear programas de educação ajustados às necessidades individuais e para a implementação de intervenções comportamentais de sucesso (12).

A eficácia dos programas de autogestão é determinada por um ajuste entre o conteúdo, o processo, o formato de ensino e as características da pessoa, tais como cultura, língua, apoio à família, etc (4, 13).

“Na literatura, existem numerosos relatos de intervenções educativas efectivas para o DM, porém, estes estudos são heterogéneos quanto aos tipos de intervenções e populações estudadas, não havendo um programa universal de educação em DM que possa ser padronizado e reconhecido como eficaz em todos os participantes” (14).

No que diz respeito ao sucesso destes programas, Grillo et al., referem que “A educação compõe uma parte importante no tratamento do DM, pois é por meio dela que os pacientes são capacitados para realizar o gerenciamento da sua doença”. De facto, o “processo de aprendizagem é complexo e sua efectividade dependerá de factores que incluem comprometimento do paciente para o autocuidado, vontade de aprender, apoio familiar, vínculo com a equipe, situação financeira, influências culturais, além de crenças e atitudes em relação à saúde”. No entanto, o “efeito da educação no controle metabólico de pacientes com DM parece diminuir ao longo do tempo após o término da intervenção”,

sendo desejável a “*incorporação das novas tecnologias no processo educativo pode contribuir para melhorar os resultados obtidos até ao momento com técnicas clássicas de educação em DM*” (14).

É importante considerar os resultados de estudos recentes que indicam que poderá ser necessário repensar a abordagem ao problema, no que diz respeito à autogestão da diabetes. O estudo *Diabetes Attitudes, Wishes and Needs* (DAWN2) abrangeu 16 000 indivíduos de 17 países em 4 continentes. Através de um questionário usado no estudo original DAWN em 2001, em conjunto com instrumentos validados e questões abertas, este estudo procurou avaliar a autogestão, atitudes e crenças, impacto da doença, distress psicossocial, qualidade de vida relacionada com a saúde, suporte profissional, suporte social e prioridades de investimento futuras. Mostrou que ambos, pessoas com diabetes e profissionais de saúde, consideram pobre a autogestão da diabetes e os achados suportam a mudança de paradigma de um modelo centrado na doença para um modelo centrado na pessoa, como preconizado pela OMS no documento *Innovative Care for Chronic Conditions*. Passada uma década da realização deste estudo, apesar dos avanços nos cuidados colaborativos para melhorar a autogestão, muitas pessoas com diabetes ainda não atingiram os resultados desejados. Com o avanço do conhecimento, foi possível identificar lacunas no suporte familiar e social às pessoas com diabetes. Ao explorar as perceções das pessoas com diabetes, familiares e profissionais de saúde dos cuidados relacionados com a diabetes e ao investigar a importância do modelo centrado na pessoa com diabetes que enfatiza as necessidades individuais no contexto do cuidado à doença crónica, educação para a autogestão e suporte psicossocial foram identificadas estratégias para promoção do modelo centrado na pessoa. Incluem: melhorar o conhecimento acerca das perspetivas da pessoa com diabetes; *empowerment* das pessoas através da informação e educação; treinar os profissionais de saúde; desenvolver *guidelines* e políticas para o cuidado centrado na pessoa; investir na investigação norteada por este modelo e desenvolver novas ferramentas e estratégias de intervenção psicossociais dirigidas à pessoa com diabetes. Providencia uma perspetiva abrangente, compreensiva e única dos fatores facilitadores e barreiras do cuidado centrado na pessoa com diabetes (15).

A OMS preconiza como missão do *World Health Organization* (WHO) *Diabetes Programme* evitar a diabetes, sempre que possível e, quando não for possível, minimizar as complicações e maximizar a qualidade de vida. O seu objetivo geral é melhorar a saúde através do estímulo e apoio à adoção de medidas eficazes para a vigilância, prevenção e controle da diabetes e suas complicações (16).

Estas funções estão em estreito alinhamento com as funções essenciais da OMS:

- Supervisionar o desenvolvimento e a adoção de padrões e normas acordadas internacionalmente para o diagnóstico e tratamento do diabetes, suas complicações e fatores de risco;
- Promover e contribuir para a vigilância da diabetes, suas complicações e mortalidade, e seus fatores de risco;
- Contribuir para a capacidade de prevenção e controlo da diabetes;
- Aumentar a consciencialização sobre a importância da diabetes como um problema global de saúde pública;
- Atuar como um defensor da prevenção e controlo da diabetes em populações vulneráveis (16).

A IDF acredita que os programas de educação da gestão da diabetes são muito importantes para a sua prevenção e controlo e deverão estar acessíveis a todos. Estes programas deverão preparar as pessoas com diabetes para tomar decisões informadas, gerir as exigências diárias de lidar com um regime terapêutico complexo e efetuar mudanças comportamentais que suportem a autogestão e permitam alcançar resultados positivos. Considera que existem, no entanto, barreiras: escassez de profissionais de saúde qualificados na educação da gestão da diabetes, escassez de suporte financeiro e entraves laborais da pessoa com diabetes à participação em programas de educação. Assim sendo, os governantes deverão investir na educação para efetuar prevenção primária e secundária e reduzir despesas de saúde no futuro (17).

Em Portugal, a APDP (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal), decana da IDF, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, fundada em 1926, destinada à luta contra a diabetes. Os seus fins principais são a prestação de cuidados de saúde, de carácter preventivo, curativo e de reabilitação; a integração social e comunitária e a defesa dos seus direitos (18).

A EASD (*European Association for the Study of Diabetes*), desenvolve atualmente inúmeros trabalhos através dos seus grupos de estudo: *Artificial Insulin Delivery, Pancreas and Islet Transplantation Study Group* (AIDPIT); *Diabetes Education Study Group* (DESG); *Diabetes Pregnancy Study Group* (DPSG); *Diabetes Neuropathy Study Group* (NEURODIAB); *Eye Complication Study Group* (EASDec); *European Diabetic Nephropathy Study Group* (EDNSG); *Islet Study Group* (ISG); *European Diabetes Epidemiology Group* (EDEG); *Diabetes and Nutrition Study Group* (DNSG); *Psychosocial Aspects of Diabetes Study Group* (PSAD) ; *Diabetic Foot Study Group* (DFSG); *Study*

Group on Primary Care Research in Diabetology (PCDE); *Study Group on Genetics of Diabetes* (SGGD) e *Diabetes and Cardiovascular Disease Study Group* (DCDSG). Os principais objetivos são incentivar e apoiar a educação terapêutica sobre diabetes e a rápida difusão do conhecimento científico adquirido no campo e a sua finalidade promover elevados padrões de atendimento em toda a Europa. A ênfase é colocada na incorporação da evidência na prática diária, bem como promover a investigação em cuidados de saúde primários (19).

Em Portugal, O Plano Nacional de Saúde (PNS) constitui um instrumento estratégico, que define um conjunto de orientações, recomendações e ações concretas, de caráter estratégico. Pretende-se assim capacitar e promover o *empowerment* do Sistema de Saúde para cumprir o seu potencial que está sob a responsabilidade do cidadão, das famílias, das comunidades, das organizações da sociedade civil e do sector privado e social, assim como do nível de planeamento estratégico nacional. São quatro os eixos estratégicos em que assenta a abordagem do PNS 2012-2016 para o sistema de saúde: cidadania, equidade e acesso, qualidade e políticas saudáveis (6). O facto de ter sido integrado no PNS a intervenção na área da diabetes, poderá contribuir para a melhoria dos resultados em saúde (20).

Uma análise crítica da realidade nacional, no domínio de cada doença ou área de intervenção, serve de base aos programas e traduz uma preocupação de articulação com as políticas e documentos enquadramentos da estratégia de saúde europeia. Na atual conjuntura económica e financeira, torna-se imperativa a necessidade de uma rigorosa gestão de recursos, para a melhoria dos resultados em saúde (21).

O Programa Nacional de Controlo da Diabetes (PNPCD) define estratégias a assumir pelo sistema de saúde em Portugal na luta contra a diabetes. Existe, em Portugal, desde a década de setenta, e após diversas atualizações e revisões, concretiza-se atualmente no Programa Nacional para a Diabetes (PND). Tem vindo a investir na constituição de uma base de informação que lhe permita conhecer a realidade da diabetes em Portugal, através de um sistema de recolha sistemática da informação sobre diabetes produzida a nível nacional, publicada anualmente: “Diabetes: Factos e Números”; realiza estudos epidemiológicos no âmbito da diabetes de acordo com as necessidades identificadas e apoia a continuidade do funcionamento do OND (2).

A realização do Estudo de Prevalência da Diabetes em Portugal, editado em 2009, apoiou a constituição do OND (a funcionar no âmbito da Sociedade Portuguesa de Diabetologia), a edição da publicação anual “Diabetes: Factos e Números (2009)”, e a

promoção da realização do DiaComp – Estudo de monitorização da implementação regional e nacional de rastreio sistemático e tratamento da retinopatia e nefropatia diabéticas e dos cuidados ao pé diabético são exemplos de iniciativas levadas a cabo a nível nacional, na área da diabetes (20).

O OND *“foi constituído como uma estrutura integrada na Sociedade Portuguesa de Diabetologia – SPD e tem como função recolher, validar, gerar e disseminar informação fiável e cientificamente credível sobre a Diabetes em Portugal”* (2).

De acordo com Bastos, as reformas de saúde recebem contributos no novo paradigma de gestão pública do *New Public Management* (NPH) que

“defende serviços públicos (re)centrados no «cidadão-utente-cliente», influenciadas pelas tendências internacionais, designadamente pela política de saúde do National Health Service-England (NHS), ele próprio baseado no Self-management e, portanto, influenciado pelos trabalhos desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA), nomeadamente por Kate Lorig” (4).

A autora refere também que é perceptível que o modelo americano do *Institute for Health Policy* (IHP) tem vindo a influenciar as políticas de saúde da Europa (4).

A nível nacional, o Projeto Gestão Integrada da Doença: O Suporte à Autogestão, considera a gestão integrada da doença, seja ela infecciosa ou crónico-degenerativa, como sendo uma das áreas do setor da saúde que maior empenhamento tem vindo a requerer ao longo dos tempos. Operar num verdadeiro contexto facilitador da gestão integrada da doença poderá tornar-se realidade e revela-se particularmente útil em doenças de evolução prolongada, que utilizam uma parte substancial do orçamento da saúde e que sejam objeto de grandes variações na atuação profissional, como é, sem dúvida o caso da diabetes. Os modelos de gestão integrada da doença são instrumentos de monitorização e acompanhamento que almejam melhorar a prestação de cuidados aumentando efetividade e eficiência e apoiar a decisão em saúde (22).

Os programas de gestão de doença, introduzidos em vários países da Europa, pretendem otimizar a coordenação dos cuidados, baseando-se em evidência científica e promovendo a participação dos utentes. A escassez de estudos de larga escala condiciona a inconclusividade do seu custo-benefício. Os modelos de cuidados integrados procuram evidenciar que a doença crónica dificilmente poderá ser tratada isoladamente. Também neste caso, a escassez de evidência científica em populações abrangentes impede a obtenção de conclusões de longo alcance. Os resultados dos

estudos existentes sugerem que poderão ser alcançados alguns benefícios mas que a sua implementação é desafiante. Muitas das estratégias e intervenções na gestão da doença crónica não são devidamente avaliadas, bem como, não são estabelecidos a eficiência e o custo-benefício de várias intervenções de prevenção e tratamento. Os responsáveis políticos devem assegurar-se que a avaliação é parte integrante dos programas públicos (23).

É fundamental reconhecer o fardo que os governos enfrentam face a uma demanda urgente para a efetiva gestão das condições crónicas. Apesar dos avanços e da criação de políticas e planos, por vezes, tende-se a, inadvertidamente, perpetuar modelos ultrapassados de cuidados de saúde, baseando-se em dados epidemiológicos já ultrapassados, usando um enfoque biomédico singular, e enfatizando a contenção de custos. O resultado é uma falha na distribuição de recursos e a inexistência de relação custo-benefício das intervenções mais focadas no uso de tecnologia médica e produtos farmacêuticos, em detrimento de estratégias de menores custos e mais dirigidas à capacitação. O treino de profissionais de saúde em estratégias de autogestão, campanhas educativas para consciencializar a promoção da saúde, e a criação de oportunidades para que os cidadãos sejam mais ativos e participativos na sua saúde poderão ser investimentos que valem a pena (1). De facto,

“Apesar de vários estudos demonstrarem benefícios dos programas de gestão de doença, nomeadamente na maior satisfação dos utentes, na mudança nos comportamentos e melhor nível de adesão, em termos de resultados clínicos e em estudos da relação custo benefício a evidência não é igualmente conclusiva” (4).

1.4. Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes Tipo 2

O conceito de GRT e outros associados como a adesão são focos de atenção de enfermagem que têm vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos. Estas alterações são perceptíveis por exemplo na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®).

Na CIPÉ® versão Beta, Adesão ao Regime Terapêutico surge como uma ação realizada pelo próprio que consiste no *“desempenhar atividades para satisfazer as*

exigências terapêuticas dos cuidados de saúde; aceitação do decurso de tratamento prescrito como prestador de cuidados ou apoiante” (24).

A Gestão do Regime Terapêutico definida em 2000 como: *“executar a atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (24)*, na ontologia de hoje, que é a CIPE® (versão de 2011 –OE) surge associado a conceitos como o de capacidade, atitude, e às componentes do regime (exercício, dietético, medicação, etc).

Na versão 2 de 2010, adesão é definida como:

“ação autoiniciada para promoção de bem estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente)” (25).

A adesão é definida, como sendo *“a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde” (26).*

Com a mudança conceptual de *compliance* para *adherence* assistimos à transição de um modelo que separa o mental do somático (modelo biomédico) para um modelo que enfatiza a efetividade de terapias individuais (modelo biopsicossocial) (27, 28).

O modelo biomédico preconiza que a doença consiste numa avaria temporal ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Assim sendo, curar equivalia à reparação da máquina. Já o modelo biopsicossocial considera a doença não de forma isolada mas em interação, bem como a interação entre tratamentos com efeitos sinérgicos ou aditivos (28).

Barlow et al.¹ e Bodenheimer et al.², defendem que a evolução da autogestão tem acompanhado a tendência de afastamento de um modelo paternalista em que o profissional de saúde é visto como um especialista e o utente é um passivo destinatário dos cuidados para um modelo mais colaborativo em que a especialização é compartilhada entre utente e profissional, a fim de atingir o melhor nível de eficiência na gestão (29).

O conceito autogestão refere-se às *"tarefas que um indivíduo leva a cabo ao viver com uma ou mais doenças crónicas. Estas tarefas incluem a gestão clínica e comportamental, a gestão de papéis e a gestão emocional"* (4).

Corbin e Strauss³ identificam, num estudo qualitativo com pessoas com doença crónica e, sob a perspetiva destas, três tipos de tarefas que envolvem o tratamento da doença; a manutenção, alteração ou introdução de comportamentos significativos; e lidar com as sequelas emocionais causadas pela doença crónica e que altera a visão do futuro (4).

A questão da autogestão é especialmente importante para as pessoas com doença crónica, em que é a pessoa a principal responsável pelos cuidados no dia-a-dia ao longo da duração da doença. Para a maioria destas pessoas, a autogestão é uma tarefa de vida. Viver com uma doença crónica significa lidar com dor ou medo, adaptando-se às novas limitações físicas, ou gestão de tensões sociais ou relacionadas com o trabalho, além de lidar com os sintomas relacionados com a doença.

A autogestão pode ser considerada um resultado, na medida em que pressupõe alimentar-se de forma adequada, realizar exercício físico, monitorizar os sintomas, tomar medicamentos e procurar ajuda profissional quando necessário. Também pode ser considerada um processo pois engloba as ações levadas a cabo para sustentar mudanças comportamentais: definição de objetivos, desenvolvimento de planos, identificação de formas para superar dificuldades e monitorizar o progresso no cumprimento das metas.

¹ Barlow, J., et al. (2002) Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48 (2), 177–187 apud (29)

² Bodenheimer, T., Lorig, K.R., Holman, H. & Grumbach, K. (2002) Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 288 (19), 2469–2475 apud (29)

³ Corbin J, Strauss A. Managing Chronic Illness at home: Three lines of work. [Online] [Citação: 28 de Março de 2007.] <http://web.ebscohost.com/bsi/pdf?vid=3&hid=17&sid=d165a200-62cf-4289-bb39-17ef8053367d%40sessionmgr102> apud (4)

Com base em 25 anos de experiência, revisão da literatura e um recente relatório do encontro sobre autogestão de *Robert Wood Johnson, Lorig e Holman*, definiram cinco habilidades de autogestão: resolução de problemas, tomada de decisão, mobilização de recursos, estabelecimento de parceria de cuidados com profissional de saúde e capacidade de ação (13).

Para muitas pessoas com doença crónica e suas famílias, a viagem para a autogestão começa com desenvolvimento de habilidades técnicas relacionadas com a(s) sua(s) condições específicas, sendo colocados desafios adicionais, no caso da existência de múltiplas doenças crónicas. Os determinantes da saúde, tais como despesas com habitação, educação, a comunidade onde a pessoa está inserida afetam a capacidade das pessoas para a gestão da doença crónica. Algumas pesquisas identificam como condição para o sucesso da autogestão a abertura à mudança, a confiança na sua capacidade de autogestão e o apoio familiar, amigos ou pares e o apoio por parte de profissionais de cuidados de saúde primários (30).

O estudo de *Lin et al.*, conceituou autogestão na diabetes como um processo ativo e flexível, em que a pessoa com diabetes desenvolve estratégias para alcançar as metas desejadas, regulando as suas próprias ações, colaborando com os prestadores de cuidados de saúde e outras pessoas significativas e realizando atividades preventivas relacionadas com a saúde (31).

Karlsen e Bru, referem que:

“A diabetes tipo 2 envolve um processo complexo e vitalício que requer um elevado nível de autogestão, a fim de atingir o controlo metabólico e prevenir complicações futuras. [...] Os profissionais de saúde deveriam estar atentos ao facto de que assistir a pessoa a gerir os desafios relacionados com a diabetes e as mudanças de estilo de vida poderá requerer soluções à medida e suporte contínuo.[...] Muitas das pessoas com diabetes tipo 2 poderão ficar sobrecarregadas, frustradas e desencorajadas emocionalmente com a exigência do autocuidado da diabetes e a ameaça das complicações” (32).

O estudo norueguês, que abrangeu 296 participantes, identificou o controlo glicémico, o suporte social e familiar como fatores influenciadores do distress relacionado com a diabetes. Os autores concluíram existir uma relativa estabilidade entre o nível de distress relacionado com a diabetes, avaliado em dois momentos distintos do ano. Estes achados, associados aos resultados de um estudo anterior de *Karlsen et al.*, 2012 que mostrou

existir uma forte associação entre o distress relacionado com a diabetes e os estilos de *coping*, poderão indicar que as pessoas com diabetes desenvolvem uma perceção relativamente estável do desafio de viver com a doença e que está relacionado com a forma habitual como lidam com o stress. Deste estudo, emerge que:

- As variáveis clínicas demonstraram ser fracas preditoras do distress relacionado com a diabetes;
- O suporte construtivo por parte dos profissionais de saúde prediz melhor adaptação e facilita experiências mais positivas na vivência com a diabetes tipo 2;
- A forma habitual de vivenciar a doença é difícil de alterar, logo, as pessoas com diabetes tipo 2 requerem mais suporte ou outro tipo de suporte por parte dos profissionais de saúde, além do que é providenciado. São exemplo disso, intervenções que têm em conta os desafios diários da doença, suporte contínuo atento aos aspetos emocionais, com possibilidade de partilha de pensamentos e sentimentos com profissionais de saúde ou outros (32).

Estes autores, citando *Hunt et al.*⁴, referem que os profissionais de saúde tendem a não ter em conta a complexidade da gestão da diabetes tipo 2 e, por isso, a não tratar este grupo de pessoas com a suficiente consideração e, referenciando *Peyrot et al.*⁵, afirmam que muitos profissionais de saúde não são capazes de identificar os problemas psicológicos e de providenciar o suporte que as pessoas com diabetes tipo 2 necessitam. São identificadas como implicações para a prática que os profissionais de saúde deverão:

- atender aos fatores não clínicos tal como o suporte social, que influenciam o distress relacionado com a diabetes;
- incorporar aspetos psicológicos no suporte à pessoa com diabetes tipo 2;
- ter em conta que a forma habitual das pessoas lidarem com o stress é estável e, por isso, recebe menor influência do ambiente.

A fim de reduzir o distress relacionado com a diabetes, o suporte deverá ser de elevada qualidade e vitalício (32).

Lin e Wang (33) acrescentam que as pessoas com diabetes foram educadas no sentido da adoção de estilos de vida saudáveis a fim de obter um adequado controlo glicémico e, assim, reduzir o risco de complicações. Salientam a importância da medição dos

⁴ Hunt, L.M., Arar, N.H., Larme, A.C., 1998. Contrasting patient and practitioner perspectives in type 2 diabetes management. . . including commentary by Rankin SH and Anderson RM with author response. *Western Journal of Nursing Research* 20 (6) 656–682 apud (32)

⁵ Peyrot, M., Rubin, R.R., Lauritzen, T., Snoek, F.J., Matthews, D.R., Skovlund, S.E., 2005. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the cross-national diabetes attitudes, wishes and needs (dawn) study. *Diabetic Medicine* 22 (10) 1379–1385 apud (32)

comportamentos saudáveis, enquanto indicadores da avaliação da qualidade dos cuidados. Consideram que a adequação dos cuidados e uma boa qualidade de vida contemplam, atualmente, menos de metade das pessoas com diabetes o que induz frustração e preocupação em muitos profissionais de saúde que acreditam que não têm tempo nem recursos suficientes para as tratar efetivamente. Observa-se uma diferença significativa entre as crenças e atitudes dos profissionais de saúde e as pessoas com diabetes.

Os fatores que influenciam os comportamentos saudáveis podem ser divididos em físicos e psicológicos, sendo as dificuldades financeiras, a falta de motivação para a alteração de comportamentos, a falta de programas de autogestão adaptados às suas necessidades, os problemas de acesso relacionados com horário laboral, creche, transporte, a falta de comunicação com os profissionais de saúde e os desafios relacionados com a doença tais como dor ou restrições de mobilidade, identificadas pelas pessoas com diabetes, como entraves à capacidade de autogestão (29, 33). Na perceção destas, fatores intrínsecos (distress relacionado com o diagnóstico, falta de informação para lidar com a doença) e fatores extrínsecos (papel de suporte da família) deverão ser considerados na otimização dos cuidados à diabetes (34). O perfil das pessoas com diabetes em situação de vulnerabilidade foi associado à presença dos seguintes indicadores: maior nível de depressão, impacto percebido da diabetes na qualidade de vida extremamente negativo, não adesão a recomendações alimentares, insatisfação com o nível de cuidados e indicadores clínicos compatíveis com descontrolo da doença (15).

A filosofia de aplicação dos programas de intervenção não poderá ser “*one-size-fits-all*”, de modo a melhorar os resultados nesta população. Os profissionais de saúde deverão desenvolver cuidados ajustados, delinear intervenções sensíveis às perceções, expectativas e necessidades dos indivíduos e evitar programas de educação com intervenções didáticas e antes desenvolver uma filosofia centrada no significado em vez de centrada na mensagem, cultivando a perseverança e fortalecendo o *coping* (15, 33, 34).

Dorothea Orem⁶ conceptualiza, na sua Teoria do Autocuidado, os processos de *coping* como respostas que permitem lidar com as mudanças e induzir uma adaptação à situação. Postula que o autocuidado requer intencionalidade e que os indivíduos tomam diligências no sentido de satisfazer as necessidades de autocuidado. Exige-se suporte

⁶ Orem, D. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona : Masson, 1991 apud (4)

social, familiar e intervenção profissional quando o indivíduo não é capaz de suprir estas necessidades.

Orem define autocuidado como a prática de atividades que o indivíduo inicia e realiza, que visam a manutenção da vida e do seu bem-estar (35). Proporciona uma visão sobre este fenómeno, em que o enfermeiro, juntamente com o indivíduo, deve implementar ações de autocuidado adaptadas, de acordo com as suas necessidades, para que a relação de ajuda se expresse no diálogo aberto e assim se promova o exercício do autocuidado. A pessoa deverá participar em todo o processo de cuidados, com uma atitude reflexiva sobre a sua situação de saúde.

A OMS⁷ salienta que estas atividades são decorrentes do conhecimento e competências assimiladas através de profissionais em colaboração com os mesmos e da experiência de vida (4).

Na CIPE® autocuidado está definido como:

“Atividade executada pelo próprio com as seguintes características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (36).

A investigação na área da diabetes tem demonstrado que para melhorar o controlo da doença e obter resultados a longo prazo, a pessoa com diabetes deverá manter um conjunto complexo de comportamentos, como seguir uma dieta, praticar regularmente exercício físico e tomar medicação (34).

O estudo *How patients' attitudes and opinions influence self-care behaviours in type 2 diabetes* incidiu sobre 1092 pessoas com diabetes tipo 2, que completaram um questionário com 37 questões relacionadas com a diabetes que explorava os seus conhecimentos e perceções sobre a doença. Avaliou os perfis de pessoas com diabetes tipo 2 a fim de identificar conjuntos de opiniões e atitudes face à doença que provavelmente influenciam os comportamentos de autocuidado. Emergiram cinco tipos de perfis: comprometido (25%), amargurado (19%), desmotivado (19%), sobrecarregado (15%) e despreocupado (23%), que agrupam um conjunto de atitudes e crenças face à diabetes tipo 2 que influenciam os comportamentos relacionados com a doença, levando a diferentes patamares de autogestão da diabetes e dificuldades específicas. O estudo

⁷ WHO. Health Education in Self-Care: possibilities and limitations. Geneva : WHO, 1983 apud (4)

conclui que cada perfil se baseia num número de fatores, muitos dos quais são subjetivos, que têm que ser tidos em conta num cuidado completo e consistente à pessoa com diabetes. As pessoas de cada perfil requerem diferentes tipos de suporte por parte dos profissionais de saúde, de modo a induzir mudanças comportamentais e melhorar o controlo metabólico (34).

O contributo de *Backman e Hentinen* para o esclarecimento do conhecimento existente sobre o autocuidado, através de um estudo qualitativo com idosos a viverem nas suas casas, foi norteador, na medida em que fez emergir um modelo composto por quatro categorias de autocuidado com condições diferentes para a ação e significados diferentes: autocuidado responsável, autocuidado formalmente guiado, autocuidado independente e autocuidado abandonado. O autocuidado não é somente uma forma racional de manter a saúde mas encerra em si a atitude da pessoa relativamente aos cuidados de saúde, doenças e forma de viver, estando relacionado com as experiências pessoais e personalidade (37).

Este modelo surge validado por *Železnik*⁸ na sua tese de doutoramento em que reconhece em idoso não institucionalizados na Eslovénia os padrões dos quatro tipos de autocuidado identificados por *Backman e Hentinen*. Uma das conclusões que emerge é que cada pessoa apresenta vários estilos em simultâneo, e nem sempre um estilo predominante (4).

Com base no Modelo de *Backman e Hentinen*, Bastos conclui no seu estudo longitudinal, do tipo multicasos, que “*existe uma forte relação entre vários tipos de autocuidado e a atitude da pessoa face ao regime terapêutico*” (4). Esta qualificação em estilos ou perfis não pretende rotular a pessoa, mas antes se referem à GRT/autocuidado, foco de atenção de enfermagem, até porque, diferentes estilos podem estar patentes numa mesma pessoa. O estilo de GRT está intimamente ligado às condições pessoais, atitude face à vida e à doença e aos atributos pessoais (4).

Este estudo longitudinal, do tipo multicasos, permitiu desenvolver um modelo explicativo sobre a GRT construído a partir da observação participante de vinte e duas pessoas com doença crónica e da forma como estas gerem o seu regime terapêutico complexo. Inferindo alguns elementos de uma intervenção em saúde promotora de uma gestão responsável do autocuidado, partindo do pressuposto que a forma como é vivida a

⁸ **Železnik, Danica.** *Self-care of the homedwelling*. Faculty of Medicine, University of Oulu. Oulu : Acta Universitatis Ouluensis, 2007. Academic dissertation. ISBN 978-951-42-8637-7 (PDF) apud (4)

transição saúde/doença influencia a forma como se desenvolvem os processos adaptativos, de desenvolvimento da mestria e de uma identidade fluida que incorpore a doença como parte integrante do “eu”. As questões da gestão da doença e do regime terapêutico foram equacionadas enquanto atividades de autocuidado (autogestão) e foram identificados como conceitos associados: o *empowerment*, a autodeterminação, o *locus* de controlo e o optimismo. Tem por base o Modelo de *Backman & Hentinen* e conclui que “*existe uma forte relação entre vários tipos de autocuidado e a atitude da pessoa face ao regime terapêutico*”. Da análise das condições pessoais, da atitude face à vida e à doença e dos atributos pessoais, resultou um agrupamento em quatro padrões, que foram denominados “estilos de gestão”: responsável; independente; formalmente guiado; negligente” (4). Esta qualificação em estilos ou perfis não pretende rotular a pessoa, mas antes se referem à atitude face à GRT, foco de atenção de enfermagem, até porque, características dos diferentes estilos podem estar patentes numa mesma pessoa (4). Esta padronização é meramente teórica pois a individualidade prevalece sobre a padronização, podendo coexistir características dos diferentes estilos (padrões híbridos).

O estilo de GRT negligente, é caracterizado por falta de atenção em relação ao seu cuidado, à segurança ou à saúde; recusa do tratamento recomendado; comportamento auto-destrutivo; uso de substâncias como álcool, abuso de medicação, tentativa de suicídio; ausência de indicadores de envolvimento: não procura informação, recusa de informação sobre o tratamento, faltar a consultas, não efetuar auto-monitorização (peso, TA, glicemia); *locus* de controlo externo; falta de responsabilidade; estratégias de *coping* focadas nas emoções; ausência de motivação; recusa frequente de suporte profissional (38).

O estilo de GRT independente é identificado por atribuição de pouca ou nenhuma importância à autogestão da doença e do regime terapêutico; GRT auto-determinada e simplista; não adesão frequente às recomendações, aderem unicamente aos medicamentos cujo efeito é percebido no controlo sintomático; recurso à auto-medicação sem ter em conta a complexidade da sua situação de saúde; consideram a flexibilidade como auto-permissividade; apresentam crenças que são um obstáculo à GRT; resistência à mudança; valorização da dignidade acima da saúde (38).

O estilo de GRT formalmente guiado é considerado pelos profissionais de saúde como característicos de pessoas que aderem à terapêutica e mantêm boa relação com os profissionais, sendo retratado por uma GRT sob orientação dos profissionais de saúde;

registo sistemático de monitorizações; sucesso na aprendizagem na execução de procedimentos instrumentais necessários; ausência de interpretação; conhecimento sobre os medicamentos e, por vezes, o seu principal efeito; conhecimentos limitados, apenas os necessários ao cuidado e sem que necessariamente façam sentido; *locus* controlo externo; dependência da família/profissionais de saúde; ausência de esperança; expressão muito emotiva e presença de sofrimento relacionado com a doença e solidão (38).

O estilo de GRT responsável é qualificado por atributos pessoais: nível educação, promotor de suporte profissional ao *empowerment*; atitude de procura de informação e autonomia, aceitação da condição e procura de ajuda quando necessária; aceitação de sacrifícios necessários a fim de alcançar um objetivo maior; competência ao nível das capacidades técnicas; existência de força de vontade necessária para se comprometer e manter comportamento de acordo com as recomendações; manutenção da sua auto-realização; aceitação do seu estado de saúde, com consciência das limitações e riscos e padrão normal de vida; mantendo cuidados preventivos e de manutenção; questionam os profissionais para a tomada de decisão em saúde; atitude otimista, responsável, de esperança e fé e com *locus* controlo interno e procura da manutenção da normalidade, sendo a exceção um prémio pelo bom controlo (38).

No estudo de Bastos emergiram duas condições face à autogestão: o padrão de complexidade do regime terapêutico (número de fármacos, efeitos secundários dos medicamentos, necessidade de modificar padrões, incorporação de novos hábitos, implicações no projeto de vida pessoal) e o padrão de vulnerabilidade que resulta de duas condições: pessoal (optimismo, personalidade, orientação para o auto cuidado, *locus* de controlo e estratégias de *coping*) e contextual (suporte familiar, suporte fornecido pelos profissionais e tempo) (4). O contexto de maior vulnerabilidade que emerge neste estudo é a pobreza, como contexto socioeconómico e cultural. O contexto familiar é fator discriminatório e o suporte familiar é fator protetor (4).

O foco dos profissionais situa-se na preparação da pessoa para a mestria a fim de alcançar o controlo da doença, enquanto o foco da pessoa com doença crónica se situa na vivência da própria transição de forma congruente com o seu projeto de vida e desejo de manter continuidade da mesma. Esta discrepância entre objetivos poderá estar na origem da ineficácia das estratégias convencionais, centradas no fornecimento de informação. Melhorar respostas aos processos de vida, saúde e doença e promover o autocuidado pelas pessoas poderá ser a estratégia a adotar no caminho de maior

sucesso. Cabe ao Enfermeiro assumir o papel de facilitador do processo de transição da pessoa com doença crónica e família (4).

A autora refere que *“A GRT é um indicador de resultado da vivência da transição saúde/doença, que não pode ser descontextualizada do processo de transição e dos diferentes fatores que interferem nessa vivência”* (4).

Tendo em conta que o perfil de GRT está relacionado com as condições prévias à situação de doença (atitude face ao autocuidado, atitude face à doença e à GRT e consciencialização) e com os significados, conhecendo o estilo de GRT da pessoa, o enfermeiro poderá utilizar as terapêuticas de enfermagem, de forma a alcançar uma melhor gestão da saúde (4).

A autora salienta o papel do enfermeiro na promoção de uma vivência de transição indutora de uma gestão mais eficaz, de acordo com o próprio projecto de vida: *“O maior desafio para a enfermagem é preparar as pessoas para responderem de forma positiva aos desafios da vida - das transições”* (4).

1.5. O Exercício Profissional do Enfermeiro Face à Pessoa com Diabetes Tipo 2

A evidência tem demonstrado que existe uma associação positiva entre a presença de um enfermeiro habilitado e a obtenção de melhores resultados com os pacientes. É, então, desejável que os Enfermeiros sejam líderes e coordenadores da equipe de saúde e assumam um alto grau de responsabilidade clínica e de gestão, comunicação e tomada de decisão (39).

Investir em enfermagem pode fazer a diferença. A OMS⁹ refere que existem investigadores que têm demonstrado que intervenções de enfermagem a preços acessíveis podem contribuir eficazmente para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, bem como na redução da carga de doenças não transmissíveis. O fortalecimento dos cuidados primários será essencial, de acordo com

⁹ World Health Organization (2013a). Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of non-communicable diseases, Geneva apud (39)

*Browne et al.*¹⁰ para enfrentar o peso das doenças crónicas, bem como para alcançar os indivíduos mais vulneráveis e marginalizados da sociedade e enfermeiros irão desempenhar um papel fundamental neste âmbito (40).

Os Enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para contribuir para a melhoria da saúde das populações. A pessoa com doença crónica necessita de apoio redobrado para manter o melhor estado de saúde e melhor nível de funcionamento, durante tanto tempo, quanto seja possível (1).

A abordagem à pessoa com doença crónica carece de uma avaliação e adaptação constante à medida que a doença progride, especialmente no que concerne a aptidões do autocuidado, para garantir que esta consiga gerir a doença em casa de uma forma proactiva, consciente e informada, para que seja capaz, face a alterações ou deterioração, de gerir estas situações. Atualmente, a abordagem à doença crónica complexifica-se, pois há um número crescente de pessoas que padecem de mais do que uma doença crónica, simultaneamente (3).

No decorrer do exercício profissional, os Enfermeiros devem atender sempre aos princípios previstos no código deontológico, que ditam o respeito pelos valores, costumes, religiões, entre outros, da pessoa. Com isto, prevê-se que a pessoa, no exercício do seu direito à tomada de decisão sobre si própria, tenha a liberdade de optar por aderir, ou não a um regime terapêutico. Os Enfermeiros deverão ter sensibilidade para respeitar a singularidade das mesmas, numa relação de confiança, de segurança, empática, almejando-se os níveis mais elevados de satisfação do cliente (41).

É fundamental para o desenvolvimento da profissão que os Enfermeiros se munam de modelos e teorias apropriadas de cuidados à pessoa com doença crónica, inseridas num contexto familiar, numa comunidade/sociedade. A utilização de modelos e teorias de Enfermagem são imperativos, quer para permitir o avanço da disciplina, com uma prática sustentada num corpo teórico próprio, singular, que a distingue das demais ciências, quer para melhorar os cuidados prestados. Uma teoria de Enfermagem pode ser definida como uma conceptualização de um aspeto da realidade que pertence à Enfermagem. A conceptualização é articulada com o objetivo de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem (42).

¹⁰ Browne G, Birch S & Thabane L (2012). 'Better care: An analysis of nursing and healthcare system outcomes', Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation & Canadian Nurses Association apud (39)

Concetualmente, este trabalho recebe as influências da teoria de *Meleis*, da teoria do Autocuidado de *Orem* e da Teoria explicativa sobre a GRT – Bastos, que funcionaram como orientadores do espírito crítico e reflexivo dos investigadores na forma de olhar o objeto de estudo e a Enfermagem (4, 35, 43).

Os cuidados de enfermagem visam “*prevenir a doença e promover os processos de readaptação*” procurando satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, ajudando a pessoa a adaptar-se a “*múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente*” (41).

Neste sentido, a Teoria das Transições de *Afaf Meleis* e colaboradores vem debruçar-se sobre questões que deverão inquietar os enfermeiros na sua prática: O que acontece às pessoas que não têm transições saudáveis?, Como é que os enfermeiros cuidam destas pessoas?, Que intervenções podem facilitar este processo e ajudar as pessoas a alcançarem transições saudáveis?, Como é que as pessoas interpretam as suas transições? É uma teoria de médio alcance, passível de adaptação a diferentes contextos, que define transição como um conceito central para a Enfermagem, podendo esta ser se desenvolvimento, situacional, saúde-doença ou organizacional (5, 42).

As transições são complexas e multidimensionais e cada uma delas é caracterizada pela sua própria singularidade, por vezes associadas a um acontecimento identificável (morte, nascimento, diagnóstico de uma doença), embora possam outros eventos não serem tão evidentes. Condicionantes pessoais, como o significado atribuído ao evento, e contextuais, como o estigma ou nível socioeconómico, podem facilitar ou restringir os processos de transições saudáveis e os resultados de transições (42).

Os seres humanos são definidos pela disciplina de enfermagem como seres ativos que têm perceções e significados que atribuem às situações de saúde e doença e são influenciados pelas condições em que a transição ocorre. A fim de compreender as experiências dos clientes durante as transições, é premente identificar as condições pessoais e ambientais que facilitam ou impedem o alcance de uma transição saudável (4, 5).

O enfermeiro deverá atender aos pontos críticos, muitas vezes associados ao aumento da consciência da mudança ou a um maior comprometimento em lidar com a experiência de transição. Após um período de incerteza, marcado pela flutuação, mudança contínua e perturbação, segue-se uma fase de estabilização em novas rotinas, domínio de novas

competências, estilos de vida e as atividades de autocuidado. Experiências de transição foram caracterizadas como resultando em reformulação da identidade (4, 5).

Na prestação de cuidados, os enfermeiros lidam com pessoas que enfrentam transições, definindo como objetivo, promover ou ajudar a alcançar indicadores de resultado saudáveis. Isto apenas será atingível se forem identificadas precocemente as condicionantes que colocam o cliente numa situação de potencial transição saudável ou situação de risco e vulnerabilidade, permitindo antecipação de problemas opção por terapêuticas de enfermagem com maior ênfase no papel da suplementação ou na mobilização de recursos existentes (4, 5).

1.6. Estado da Arte: Instrumentos Utilizados na Identificação de Fatores Relacionados com a Gestão do Regime Terapêutico em Pessoas com Diabetes

A problemática em estudo afigura-se-nos extensa e complexa. A fim de sistematizar a nossa pesquisa, definimos a seguinte questão orientadora: Quais os aspetos/dimensões avaliados pelos instrumentos utilizados na identificação de fatores relacionados com a GRT na diabetes, na investigação ou na clínica?

Com vista a identificar estes instrumentos foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *Elsevier* e *Elton Bryson Stephens Company (EBSCO)* que, abaixo, se pormenoriza. Além da identificação dos instrumentos utilizados, o foco da pesquisa centrou-se nas dimensões avaliadas pelos mesmos; fatores individuais, relacionados com a personalidade e atitudes que interferem na GRT e estudos metodológicos de validação de escalas.

Anteriormente à definição dos descritores, foi realizada consulta à Terminologia *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library of Medicine's* (NLM) para artigos indexados na *PubMed* e ao sítio de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Optamos por usar o termo *self-management*, baseado na revisão da literatura mais recente, associado ao termo diabetes. No que diz respeito à identificação de instrumentos, selecionamos os termos *scale* e *questionnaire*, que encontramos nos

descritores e, *test* e *instrument* que, apesar de não estarem englobados nos descritores aparecem frequentemente na designação de instrumentos na literatura científica.

A pesquisa foi efetuada nas bases de dados EBSCO e *Elsevier*, a 6 de abril de 2014, com a frase booleana: *AB (self-management) AND AB (scale* OR instrument* OR questionnaire* OR test*) AND AB (diabetes)* e limite temporal de Janeiro de 2009 a Dezembro de 2014.

Na base de dados EBSCO foi limitada a pesquisa a artigos disponíveis em *full text*, analisados por especialistas e excluindo crianças. Após análise de artigos repetidos, emergiram 87 artigos. Através da leitura do título excluimos 11 artigos relacionados com diabetes tipo 1, diabetes gestacional ou com crianças como população alvo e incluímos 76 artigos para leitura do *abstract*. Dos 76 artigos, excluimos 3 artigos que se relacionavam com temáticas fora do nosso âmbito de interesse.

Na base de dados *Elsevier* emergiram 132 artigos, tendo sido excluídos 18 após leitura do título por se debruçarem sobre diabetes tipo 1, diabetes gestacional ou com crianças como população alvo. Foi efetuada leitura do *abstract* de 114 artigos, dos quais 41 foram excluídos por incidirem sobre temáticas fora do nosso âmbito de interesse.

Após verificação de artigos repetidos das duas bases de dados, obtivemos 123 artigos que foram, posteriormente analisados, de forma a recolher as informações consideradas pertinentes para o objetivo do estudo (figura 1).

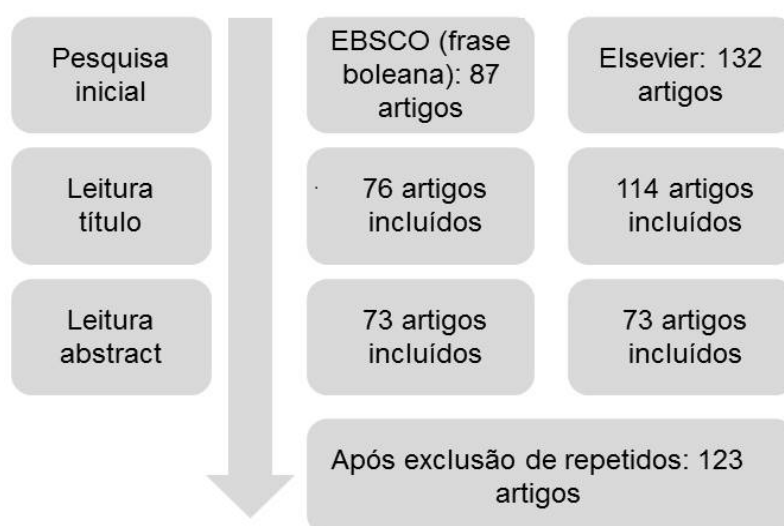


Figura 1 - Fluxograma da pesquisa nas bases de dados

Sistematizamos a informação recolhida dos 114 artigos que analisamos em três tabelas (Anexo 8).

Identificamos 12 artigos cujo objetivo foi adaptar e/ou validar instrumentos relacionados com a autogestão da diabetes. Uns pretendem avaliar fatores que influenciam a GRT na diabetes: autoeficácia, percepções, barreiras e suporte familiar; outros pretendem estudar os comportamentos das pessoas com diabetes, e outros ainda procuram apreender efeitos vivência da pessoa com diabetes na sua qualidade de vida, satisfação, e no distress relacionado com a diabetes (Anexo 8: Tabela com Artigos sobre adaptação/validação de instrumentos).

Emergiram 7 artigos de revisão que abordam temáticas diferentes: autoeficácia, tecnologias de informação, intervenções educativas, saúde emocional positiva e depressão, em todos eles, na relação com os resultados (*outcomes*) na diabetes (Anexo 8: Tabela com Artigos de Revisão).

Nos restantes 104 artigos encontramos uma significativa predominância de produção científica que se debruça sobre a educação e gestão da diabetes analisando o impacto de determinado factor(es) nas práticas de autogestão e/ou no controlo glicémico, ou impacto do uso de tecnologias de informação na autogestão. Emergiram artigos que analisam utilidade de intervenções ou programas de educação na autogestão da diabetes e artigos que relacionam diabetes e depressão (Anexo 8: Tabela com Artigos sobre fatores relacionados com a GRT).

Nos estudos analisados, é de salientar, o uso mais frequente de *Summary of Diabetes Self-Care Activities* (SDSCA) *measure*, *Problem Areas in Diabetes Scale* (PAID), *Diabetes Knowledge Test* (DKT), *Diabetes Distress Scale* (DDS), *Diabetes Self-Efficacy Scale* (DSES), *Diabetes Management Self-Efficacy Scale* (C-DMSES) e de *Confidence in Diabetes Self-Care for Type 2 patients* (CIDS-T2) como instrumentos de medida. Constatou-se que a maioria dos estudos oferece uma descrição limitada acerca das qualidades psicométricas dos instrumentos, o que torna difícil a apreciação acerca da validade e confiabilidade dos mesmos. A variedade de instrumentos identificada, a falta de padronização, bem como a utilização de instrumentos não específicos pode indicar uma lacuna no que se refere instrumentos de avaliação da autogestão da diabetes que colmate as necessidades atuais.

A utilização de inúmeros instrumentos em simultâneo para avaliação de diferentes dimensões relacionadas com a autogestão da diabetes é impraticável na clínica.

O número de instrumentos de avaliação disponíveis a investigadores e clínicos, no âmbito da GRT são, seguramente, de algumas dezenas. O esforço de continuar a produção de novos instrumentos deve ser ponderado, particularmente pela fragilidade

que muitos deles apresentam e que se relaciona com a sua validade. É importante o investimento na procura de resultados que comprovem a sua validade, e, aí, tornar-se-ão valiosas ferramentas na clínica, desde que os profissionais se familiarizem com as suas qualidades e limitações, bem como com as suas propriedades psicométricas (34).

No que diz respeito às dimensões avaliadas pelos instrumentos identificados, optámos por agrupá-las de forma a clarificar os achados. A grande maioria dos estudos inclui análise de variáveis sociodemográficas, tais como idade, habilitações literárias, sexo, entre outras; e de dados clínicos da população em estudo, nomeadamente duração da doença, índice de massa corporal (IMC), tratamento, complicações presentes, com particular ênfase para a HbA1C como reflexo do controlo glicémico desejado. Numerosos estudos centram-se na avaliação de comportamento relacionados com a autogestão da diabetes, nomeadamente, comportamentos alimentares, prática de exercício físico, adesão ao tratamento medicamentoso, autovigilância da glicemia e dos pés. Frequentemente, esta avaliação é feita no sentido de perceber qual o efeito da mudança comportamental nos dados clínicos, ou qual o efeito de determinada intervenção ou programa de educação nos referidos comportamentos.

Emergiram alguns estudos que se centram na avaliação do impacto de intervenções ou programas de educação nos comportamentos, tal como foi acima referido, mas também nos conhecimentos ou na qualidade de vida da pessoa com diabetes.

É de salientar a evidente preocupação dos estudos mais recentes em explorar os fatores influenciadores da autogestão da diabetes. Emergiram, dentro desta temática, numerosas dimensões avaliadas, como, por exemplo, suporte familiar e profissional, características da doença, barreiras, satisfação, bem-estar, expetativas, atitudes, crenças, entre outros.

Tal como no estudo, *Positive Emotional Health and Diabetes Care: Concepts, Measurements, and Clinical Implications*, também na presente pesquisa “Numerosos estudos descrevem o efeito de problemas emocionais, incluindo o distress relacionado com a diabetes e a depressão, nos resultados da diabetes” (44).

Existe uma preocupação centrada na perspetiva da pessoa com diabetes e no impacto da doença na sua vida diária. Numa perspetiva menos centrada nos comportamentos enquanto resultado, diversos estudos, procuram evoluir na compreensão das competências e habilidades necessárias à autogestão da diabetes: funções cognitivas, conhecimentos, capacidade de mudança, motivação, perceção de participação, autocontrolo, autoeficácia, *empowerment*, etc.

1.7. O Processo de Validação de Instrumentos

É comum na prática clínica os enfermeiros utilizarem as suas capacidades de observação e intuição para avaliar a forma como a pessoa com diabetes gere o regime terapêutico e identificar sinais de uma GRT ineficaz que podem ir desde dados observáveis compatíveis com descontrolo da doença, até manifestações de sobrecarga, desmotivação ou fuga. É com base nessa análise não sistematizada que planeiam o interregno até à próxima consulta de vigilância, quais as temáticas a focar, possíveis necessidades de encaminhamento para outros profissionais, etc. Apesar da GRT na diabetes ser reconhecida como essencial para o sucesso do controlo da doença, subsiste a questão: o que significa dizer que uma pessoa com diabetes efetua uma GRT ineficaz ou se encontra em risco de, e como é que o enfermeiro pode identificar essa condição? A observação por si só carece de validação pelo que, identifica-se uma necessidade de criar, utilizar e validar instrumentos que permitam efetuar uma avaliação sistematizada. O interesse na avaliação da GRT na diabetes é evidente na literatura científica.

A construção de um instrumento pressupõe um trabalho por fases (teórica, de construção, de validação e de normalização) e só é possível devido à acessibilidade a computadores e a pacotes estatísticos, uma vez que envolve cálculos muito complexos, especialmente quando englobam um elevado número de dados (45).

As propriedades métricas de uma medida de avaliação pretendem assegurar a validade interna de um estudo. Não validamos o teste, mas sim as inferências e as conclusões.

“Os processos de validação de instrumentos têm-se desenvolvido de acordo com a evolução do conceito de validade, que passou de uma propriedade estática de uma medida, em que um teste era válido ou não de acordo com a correlação existente entre a medida e outra medida de critério externo, para uma outra visão em que a validade foi categorizada em tipos específicos: validade de conteúdo; validade do construto; e validade de critério (que inclui a validade concorrente e a validade preditiva)” (46).

Com Cronbach e Messick, surgiu, nos anos 80, uma nova conceptualização de validade:

“A validade é o grau em que o instrumento mede o que supostamente deve medir, devendo ser encontrada tendo por referência o uso particular para que o

teste foi desenvolvido, validando as inferências ou conclusões que emergem com base no resultado do teste. A cada aplicação de um instrumento, pode corresponder, portanto, uma interpretação dos resultados” (27, 47).

Validar pressupõe todo um processo de investigação e é mais do que a demonstração do valor de um instrumento de medida. O processo de validação não se exaure, ao contrário, pressupõe continuidade através de aplicações do instrumento de medida em contextos particulares e em diferentes populações (48).

A validade de um teste inicia-se no momento da sua construção e subsiste durante todo o processo de elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados. Vários tipos de validade podem ser avaliados, dependendo dos objetivos de um teste e referem-se à validade de conteúdo, à validade de critério e à validade de construto (48).

A validade de conteúdo é baseada num julgamento e refere-se à representatividade do conjunto de enunciados que constituem o conceito a medir, ou seja, está relacionada com a concetualização do construto. Ela não é determinada estatisticamente, mas resulta do julgamento de diferentes examinadores especialistas, que analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e à relevância dos objetivos a medir (47). Consiste em descrever o construto, determinar as áreas do construto que são avaliadas por cada item e comparar a estrutura do teste com a estrutura do conteúdo. Na fase de planeamento do teste organiza-se uma amostra representativa de conhecimentos, de processos cognitivos e de comportamentos. É importante salientar que a validade de conteúdo de um teste não é permanente pois os itens de um teste traduzem um determinado contexto. Isso significa que um teste possui validade de conteúdo num determinado momento e em função de um contexto específico (47, 48).

Através da validade de critério, também chamada de preditiva ou concorrente, o investigador procura estabelecer uma relação entre um instrumento de medida e uma outra medida independente ou critério externo (47). É estimada estatisticamente e, quando o instrumento e o critério são aplicados simultaneamente, fala-se de validade concorrente; quando o critério é avaliado no futuro, fala-se de validade preditiva (48).

A validade de construto refere-se à capacidade de um instrumento medir aquilo que se propõe medir. Centra-se na validação da teoria em que se apoiou a construção do instrumento, através do grau de correlação entre as observações e o paradigma teórico (47, 48).

A determinação do grau de validade de um teste é um procedimento bastante complexo que se enriquece à medida que são reunidas mais evidências de que o instrumento mede o que é suposto medir (27, 47). Através de testes estatísticos, empregando procedimentos lógicos e empíricos, visa detetar quais as relações previstas com base nas considerações teóricas (47).

Segundo Almeida e Freire, *“A fidelidade de um teste indica a extensão em que as diferenças individuais na realização do teste são atribuíveis a diferenças “verdadeiras” ou reais, das características avaliadas”* (49). Esta é a propriedade fundamental dos instrumentos de medida, estimada através de procedimentos baseados na correlação e designa a precisão e constância dos resultados. A fidelidade permite estabelecer o sentido e o grau da relação que existe entre as respostas obtidas aquando de avaliações repetidas nas mesmas condições e nos mesmos sujeitos e é geralmente expressa por alguma forma de coeficiente (48).

A avaliação da consistência interna corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida. Estima-se pela média das intercorrelações entre todos os itens do teste. Utiliza-se frequentemente o coeficiente *Alpha de Cronbach*, nomeadamente na escala de *Likert*, quando existem diversas possibilidades de escolha no estabelecimento dos scores (48).

Os testes podem contribuir para teorias e pesquisas da Enfermagem de diversas maneiras. Além de definir e identificar formas de medir comportamentos, atitudes ou conhecimentos, contribuem para otimizar a qualidade dos instrumentos de colheita de dados, identificar e testar hipóteses.

1.8. Justificação do Estudo

Apesar das recomendações existentes para a diabetes, muitas das pessoas com diabetes não atingem o controlo da doença. As barreiras existentes nos cuidados de saúde primários incluem défice de tempo para monitorizar e abordar os assuntos complexos durante as consultas, falta de competências relacionadas com a mudança comportamental e baixa adesão às *guidelines* existentes. Os enfermeiros são facilitadores da implementação destas *guidelines*, uma vez que são os profissionais que passam mais tempo com a pessoa e porque a sua preparação profissional vai neste

sentido. O enfermeiro enquanto gestor de caso poderá reduzir a sobrecarga de tempo e esforço dos serviços de saúde e criar um plano individualizado de modo a otimizar os resultados clínicos. Deste modo, os enfermeiros poderão identificar pessoas em risco, efetuar uma avaliação clínica e psicossocial, implementar um plano individualizado e monitorizar os seus resultados (15).

Num contexto internacional de redução de custos, torna-se necessário identificar as pessoas com diabetes tipo 2 em maior risco de uma gestão ineficaz do regime terapêutico, de forma a orientar as terapêuticas de enfermagem no sentido do alcance de uma gestão mais eficaz da doença e consequente controlo da mesma (1).

A complexidade e multidimensionalidade do estilo de GRT na diabetes tipo 2 exige a utilização de instrumentos compreensivos que meçam mais do que uma dimensão do conceito e espelhem uma visão holística do mesmo. No entanto, a validação torna-se mais desafiadora, uma vez que não se podem utilizar os testes habituais usados nos instrumentos que avaliam apenas uma dimensão.

Sendo a GRT na diabetes tipo 2 muito complexa e uma tarefa que acompanha a pessoa durante a sua vida, pode considerar-se imprescindível um acompanhamento próximo com garantia de continuidade de cuidados, de forma a avaliar a situação em que a pessoa se encontra e adequar as estratégias de atuação.

Partindo do pressuposto que a vivência da transição saúde-doença é única, e que cada pessoa manifesta um estilo de GRT próprio, é importante partir da perceção da pessoa para melhor adequar as terapêuticas de enfermagem e alcançar maior sucesso na gestão da doença e do regime terapêutico.

Tal como já referimos no capítulo anterior, a sistematização e o rigor imprescindíveis à avaliação dos fatores que influenciam a forma como a pessoa com diabetes tipo 2 gere o seu regime terapêutico não foi, ainda, atingida. Consideramos que o percurso a desenvolver, deverá ser fundamentado na perceção da pessoa e numa avaliação sistematizada que norteie a intervenção dos enfermeiros. Só assim favoreceremos a gestão eficaz da doença e do regime terapêutico, enquadrada no projeto de vida da pessoa.

2 – PARTICIPANTES E MÉTODOS

Nesta parte do trabalho pretendemos apresentar as opções metodológicas efetuadas, que a anteriormente exposta revisão bibliográfica ajudou a delinear. Propomo-nos enunciar a finalidade, os objetivos delineados e o tipo de estudo, os procedimentos de colheita de dados e instrumentos utilizados. Do método de amostragem e principais características da amostra, evoluímos para a descrição das estratégias para a análise dos dados. Finalmente, serão enunciadas as preocupações éticas consideradas ao longo do estudo.

2.1. Finalidade e Objetivos

A finalidade deste estudo visou contribuir para o desenvolvimento do conhecimento sobre as respostas pessoais à doença e à GRT, concorrendo para a adequação das abordagens terapêuticas relativas às necessidades da pessoa com diabetes. Consideramos que a identificação das pessoas com diabetes em maior risco de uma gestão ineficaz do regime terapêutico é fundamental no contexto profissional dos enfermeiros. Assim, presumimos que a validação de um instrumento clinicamente útil poderá contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e alcance de maior sucesso na GRT e controlo da diabetes.

Assumiu-se como objetivos norteadores deste estudo:

- Caracterizar a população de utentes da USF com diabetes tipo 2;
- Avaliar as propriedades psicométricas do Instrumento de caracterização do estilo de GRT.

2.2. Desenho do Estudo

A fim de darmos resposta aos objetivos delineados, seguimos um processo racional através de uma série de etapas, que se inscreve num paradigma de investigação quantitativa, desenho metodológico e de carácter transversal. Segundo *Fortin*, a *“investigação quantitativa apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas. Assim, as características fisiológicas, psicológicas e sociais podem ser medidas e controladas”* (48).

Este estudo incide sobre o conceito de estilo de GRT, ambicionando contribuir para validação de um instrumento que pretende medir dimensões dos atributos pessoais, atitudes e comportamentos face à doença e ao regime terapêutico, o que vai de encontro à perspectiva de *Fortin*, segundo o qual: *“para compreender plenamente um fenómeno, é melhor decompô-lo nos seus elementos constituintes e identificar as relações entre eles do que considerá-lo na sua totalidade”* (48).

A investigação quantitativa está assente no paradigma positivista e, portanto, orientada para os resultados e para a sua generalização (48). Com os resultados do presente estudo, aliados aos resultados decorrentes da aplicação a decorrer noutros contextos, almejamos contribuir para a validação futura do instrumento e a possibilidade deste poder ser utilizado de forma mais abrangente em contextos em que tenha utilidade.

Optamos por desenvolver um estudo do tipo metodológico, como um contributo para a validação de um instrumento. Este tipo de estudos *“são indispensáveis a qualquer disciplina científica e, muito especialmente, quando um campo de estudos é relativamente novo, lidando com fenómenos complexos, como o comportamento ou a saúde dos indivíduos”* como é o caso do conceito estilo de GRT (50). Ainda relativamente ao estudo metodológico, este *“difere dos outros métodos de investigação, porque não inclui todas as etapas do processo de investigação”* e [...] *“visa estabelecer e verificar a fidelidade e validade dos novos instrumentos de medida, permitindo aos investigadores utilizá-los com toda a confiança”*. Assim, recorre a uma estratégia em várias etapas que se debruça sobre a elaboração ou validação de um instrumento de medida, sem se preocupar com as *“relações entre a variável independente e a variável dependente, nem pelo efeito da variável independente”* (48).

Contudo, e apesar do referido anteriormente, para perceber a utilidade clínica do instrumento e a sua sensibilidade discriminatória a diferentes condições efetuamos

alguma estatística inferencial utilizando dados clínicos e de comportamentos de autocuidado face à diabetes.

O carácter transversal do estudo advém de um processo de recolha de dados efetuado num único momento. Dadas as limitações temporais da presente investigação, possibilitou a obtenção de dados imediatos, de forma simples e económica (47).

2.3. Colheita de Dados

Segue-se a explanação da forma utilizada para a colheita de dados junto dos participantes, dos instrumentos de recolha de dados e do tipo de tratamento e análise dos dados desenvolvidos.

A colheita de dados foi da responsabilidade da investigadora e mestranda do XX Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do ICBAS 2012/2013, que é também elemento da equipa de enfermagem da USF que serve de contexto ao estudo. Esta etapa do estudo contou com a colaboração de outra mestranda e igualmente enfermeira na USF onde decorreu o presente estudo.

Os participantes foram abordados aquando da sua deslocação à USF para consulta de enfermagem ou médica programada, por um elemento do secretariado clínico. A explicação do teor do estudo e solicitação da aceitação para a participação no estudo com posterior assinatura do consentimento informado livre e esclarecido, foi efetuada pela investigadora ou colaboradora na colheita de dados. Cada participante foi identificado com um código que consta de todos os instrumentos aplicados.

Após a consulta se ter realizado, foram aplicados os instrumentos de colheita de dados à pessoa em causa, em sala própria para o efeito, cumprindo requisitos de respeito pela privacidade e confidencialidade. Nesse momento, ou em momento oportuno, foi consultado o processo clínico do participante para colheita de dados referentes ao questionário de caracterização sociodemográfica e situação clínica.

Procurou proporcionar-se um ambiente calmo, sem ruídos e minimizar as perturbações para otimização da colheita de dados, respeitado o ritmo de cada utente, variando o tempo de colheita de dados entre 20 a 30 minutos. Consideramos que a receptividade global dos participantes foi positiva.

2.4. Instrumentos de Colheita de Dados

Consideramos que o método elegido para efetuar a colheita de dados foi conveniente aos objetivos deste estudo, com um questionário focado em dados sociodemográficos e clínicos recolhidos através do processo clínico ou pergunta direta ao participante e medidas fisiológicas identificadas no processo clínico; e uma escala constituída por *“enunciados ou itens, lógica e empiricamente ligados entre si, e que são destinados a medir um conceito”* (48), neste caso o estilo de GRT. Isto vai de encontro ao que Pais Ribeiro defende: *“se um construto existe ele existe nalguma quantidade logo é mensurável”* (27).

Segundo Fortin, a escala *“serve para determinar, entre os participantes num estudo, os que apresentam tal atitude, tal motivação ou tal traço de personalidade”* (48). Trata-se de instrumentos que exigem um papel ativo por parte do participante, de forma a *“fornecer uma resposta às questões que são colocadas, ou diretamente ou como um problema”* (27).

De acordo com a classificação de Cronbach¹¹, trata-se de um teste que se engloba na categoria das

“técnicas que visam determinar a realização típica ou habitual do sujeito, ou seja, como é que o sujeito responde numa dada situação ou em situações semelhantes (...) não se propõe avaliar o que o sujeito é capaz de fazer no seu melhor, mas sim o que ele faz habitualmente (ou normalmente)” (27).

Em anexo, incluem-se os instrumentos que, de seguida, são apresentados (Anexos 1 e 2).

2.4.1. Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Situação Clínica

Este questionário inclui informação sociodemográfica e dados clínicos: Sexo; Idade; Estado civil, Situação profissional atual; Habilitações literárias; Profissão; Agregado familiar; Número de anos de diagnóstico de diabetes; Idade na altura em que foi

¹¹ Cronbach, L. (1982) Designing evaluations of educational and social programs. San Francisco: Jossey-Bass apud (27)

diagnosticada a diabetes; Vigilância da diabetes; Coabitação com pessoa com diagnóstico de diabetes; Prestador de cuidados no autocuidado diabetes; Perceção das componentes do regime terapêutico; Medicamentos para tratamento da diabetes; Complicações da diabetes; Internamento e Recurso à urgência no último ano relacionados com a diabetes; Rendimento familiar; Prática de exercício físico e sobre a situação clínica: Peso; Altura; IMC; Perímetro abdominal (PA); TA; HbA1C; Glicemias em jejum nos últimos 30 dias (mínimo de 8 avaliações) e Risco de úlcera do pé diabético (última avaliação no ano).

Este tipo de variáveis são importantes, não só para a caracterização da amostra, mas também para o levantamento futuro de algumas hipóteses na investigação e para perceber a capacidade discriminatória do instrumento face a grupos com características próximas.

2.4.2. Escala de Atividades de Autocuidado com a Diabetes

No mesmo momento em que foram aplicados os instrumentos de colheita de dados, foi aplicada a Escala de atividades de autocuidado com a diabetes (AACD), que pretende conhecer os comportamentos dos participantes no que se relaciona com o autocuidado com a diabetes. Encontra-se operacionalizada em dias da semana, de 0 a 7, sendo que alguns dos itens da escala sofreram uma recodificação de forma a pontuarem no mesmo sentido que os restantes, ou seja, do mais desejável em comportamento: 0 corresponde ao menos desejável e 7 ao mais desejável. Teve origem na escala "*Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure - SDSCA*", tendo sido traduzida e adaptada culturalmente para Português em 2004 (51).

2.4.3. Instrumento de Caracterização do Estilo de Gestão do Regime Terapêutico

O presente instrumento baseia-se na teoria explicativa sobre o estilo de GRT (4) e foi desenvolvido através de um processo de construção complexo e uma sequência organizada em três fases:

Fase 1 (concluída) – Construção de uma teoria explicativa sobre a gestão da doença crónica;

Fase 2 – Desenvolvimento de um instrumento que pretende caracterizar o estilo de GRT;

Fase 3 (em progresso) – Construção e aplicação de um novo modelo de acompanhamento, de acordo com o estilo de gestão e vulnerabilidade de cada cliente (52).

O desenvolvimento do instrumento englobou uma revisão bibliográfica sobre as variáveis identificadas na teoria que tem por base, assim como na *Nursing Outcomes Classification* (NOC), para a sua fundamentação e operacionalização. Apesar da evidência sobre o conceito que o instrumento pretende avaliar ser escassa, o levantamento da evidência acessível permitiu dimensionar o conceito, identificar as características definidoras e operacionalizá-las em afirmações passíveis de serem classificadas pela pessoa avaliada. Esta recolha de contributos foi influenciada pela lógica de instrumentos já existentes com variáveis conceptuais próximas, temas similares ou conexos ao que o instrumento pretende avaliar. A experiência de outros contribuiu, por certo, para otimizar a formulação das frases e a estruturação do instrumento.

Na sequência da construção do instrumento este instrumento foi pré-testado, e quatro investigadores avaliaram cada item quanto à adequação, clareza e relevância. Finalmente, uma versão de consenso foi obtida a partir de *focus group*, com sete peritos.

Relativamente ao processo de seleção do grupo de peritos, foram reunidos sete elementos, seis mulheres e um homem, sendo que, três destes elementos exercem funções no ensino de enfermagem e na área da investigação e os restantes quatro encontram-se na prestação de cuidados (um elemento na área hospitalar e três elementos nos cuidados de saúde primários). O tempo de exercício profissional de um dos elementos é inferior a 10 anos; três dos elementos possuem entre 10 e 20 anos de experiência profissional e os restantes três mais de 20 anos. Em termos de formação académica, considerando unicamente a mais elevada, é de salientar que, o grupo de peritos engloba três elementos com doutoramento em enfermagem, dois elementos com mestrado e atualmente doutorandos e duas mestrandas; três dos elementos possuem especialidade em enfermagem médico-cirúrgica e dois em enfermagem comunitária.

O pré-teste foi realizado numa população diferente da população alvo, e em diferentes contextos para avaliar a clareza, compreensão da terminologia e o sentido das perguntas.

Similarmente, pretendeu-se identificar as hipotéticas falhas e saber os tempos médios de preenchimento do instrumento.

A aplicação do pré-teste a 30 indivíduos em diferentes contextos foi procedida de uma reunião de peritos para a sua reavaliação. O registo de todas as dúvidas que iam surgindo no decorrer da aplicação do instrumento, bem como da explicação dada pelo investigador e/ou reformulação do item, foram efetuados para posterior discussão. As sugestões de mudança foram, essencialmente, no sentido da forma de colocação da questão, na perspetiva do investigador e do cliente. Resultante desta avaliação piloto sobre a sintaxe utilizada, eliminaram-se e alteraram-se algumas questões, por incompreensão do âmbito da questão, mesmo após explicação e por redundância. O objetivo desse procedimento foi verificar se todos os itens eram compreensíveis por todos membros da população com diferentes características sociodemográficas e traços identitários.

A análise dos especialistas em relação à semântica e pré-teste, apontou que a escala é de fácil compreensão e preenchimento, apresentando apenas como aspeto mais complexo o fato de alguns itens suscitarem alguma reflexão. O objetivo deste procedimento foi verificar a adequação da estruturação do instrumento nas diferentes partes propostas, a adequação dos itens a cada categoria proposta e, por fim, a análise semântica dos atributos latentes nos itens. Assim, após a análise dos especialistas no Questionário dos traços identitários e das atitudes face à doença e ao regime terapêutico inicialmente com 44 itens, foi subdividido um item passando a 45 itens; na segunda parte do instrumento: Perceção de comportamento face ao regime terapêutico (autorrelato), mantiveram-se os 13 itens; e na Caracterização do estilo de GRT (perceção do enfermeiro) dos 24 itens iniciais ficaram 15. Consequentemente, surgiu o instrumento final para ser aplicado à amostra do presente estudo (Anexo 2).

Com esta estratégia, os autores procuraram construir um instrumento em que os itens não resultassem apenas da assunção de modelos teóricos propostos por diversos autores, mas que fossem, em grande parte, apurados a partir das perceções, experiências e conhecimentos que os próprios profissionais têm sobre o tema, a fim de garantir mais fácil compreensão do instrumento construído por parte dos profissionais da prática.

A compreensão das propriedades e dimensões do estilo de GRT passa por identificar a atitude face à doença, à GRT, a relação com o sistema de saúde e, de forma mais global, com a forma como é vivida a transição saúde/doença.

A cada uma das dimensões correspondem indicadores que são as características observáveis do construto avaliado: estilo de GRT. A natureza multidimensional do conceito determinou que o instrumento se organizasse em três partes: dois instrumentos de autorelato, aplicados por entrevista e, uma terceira parte de “caraterização do estilo de GRT na perceção do enfermeiro”. A primeira parte é respeitante a traços identitários e atitudes face à doença e ao regime terapêutico, e, a segunda parte, pretende verificar qual a perceção de comportamento face ao regime terapêutico.

Uma vez que, *“as escolhas de respostas numa escala de Likert dizem respeito geralmente ao acordo com qualquer coisa ou com uma frequência de utilização ou de aplicação”*, pode dizer-se que a escolha do tipo de escala efetuada neste questionário é adequada (48).

O primeiro “Questionário dos traços identitários e das atitudes face à doença e ao regime terapêutico” utiliza uma escala de concordância semântica que varia entre 0 e 4 (Discordo Totalmente – Concordo totalmente). O segundo “Perceção de comportamento face ao regime terapêutico” utiliza uma escala de frequência face a um determinado comportamento, variando entre 0 e 4 (Nunca – Sempre). Este instrumento tem ainda uma terceira parte: “Caraterização do estilo de GRT na perceção do enfermeiro” corresponde a dados que o enfermeiro utiliza no seu juízo diagnóstico face à gestão e adesão ao regime terapêutico. Este questionário só pode ser preenchido totalmente quando o enfermeiro conhece bem o utente. Utiliza uma escala de frequência face a um determinado comportamento, variando entre 0 e 4 (Nunca – Sempre). A terceira parte não fará parte da análise englobada neste relatório.

A fim de uniformizar e facilitar a aplicação do instrumento, cada entrevistador tem acesso a instruções escritas de apoio que servem como suporte de consulta. (Anexo 3). O preenchimento do instrumento pressupõe que o inquiridor, o enfermeiro, reformule a afirmação, se necessário, para melhorar a sua compreensão e valide com o participante as suas respostas. No preenchimento do instrumento, deverá ser assinalado com NA que corresponde a “não se aplica”, quando este não pode ser atribuído ao caso particular da pessoa ou não existem dados suficientes para a sua avaliação. Para além do registo na escala de *likert* das respostas do participante, é dada possibilidade ao investigador de elaborar notas de observação associadas.

A análise dos resultados do instrumento não é imediata porque o estilo de GRT pode não ser totalmente definido, podendo coexistir mais do que um estilo simultaneamente.

Alguns dos itens da escala sofreram uma recodificação de forma a pontuarem no mesmo sentido que os restantes para o *score*. Esta recodificação dos itens foi efetuada de forma a pontuarem no sentido do mais desejável em comportamento. Por exemplo, no caso do *locus* de controlo, um maior o valor corresponde a *locus* de controlo interno e, no caso da flexibilidade, um maior valor corresponde a mais flexibilidade.

Os itens que não são específicos de nenhum dos estilos não foram associados a um deles, mantendo-se parte integrante do instrumento, por contribuírem para informação relevante em outras dimensões.

Segue-se a identificação dos itens do instrumento que permitem a distinção entre os estilos de GRT (quadro 1). Identificamos os itens da primeira parte do instrumento com o número do item, precedido por 1 (por ex.: 102, 103), e os itens da segunda parte do instrumento com o número do item, precedido por 2 (por ex.: 201, 202), para mais fácil identificação da parte em que o item se insere.

Quadro 1: Itens específicos por estilo de GRT

Estilo de GRT	Itens
Responsável	17 itens: Q103; Q105; Q106; Q107; Q108; Q109; Q116; Q118; Q121; Q123; Q127; Q129; Q133; Q134; Q139; Q141; Q201
Formalmente Guiado	14 itens: Q101; Q102; Q104; Q110; Q111; Q114; Q120; Q122; Q142; Q143; Q144; Q210; Q211; Q212
Independente	5 itens: Q125; Q140; Q145; Q202; Q208
Negligente	9 itens: Q112; Q117; Q119; Q124; Q128; Q130; Q131; Q203; Q206

Para a definição do estilo de GRT efetuamos a média dos itens que caracterizam cada um dos estilos, que se concretiza num *score*. Este varia entre 1 e 4, numa escala quantitativa. O resultado final emerge da análise conjunta dos quatro *scores* calculados. Este processo seguiu a mesma lógica usada nos estudos de Sequeira e Rodrigues (53, 54).

O estilo de GRT é considerado “puro”, quando o *score* é ≥ 3.5 no perfil específico e < 2 nos restantes estilos, tal como se representa no quadro 2.

Quadro 2: Scores por estilo de GRT

Estilo de GRT	Scores			
	Responsável	Formalmente guiado	Independente	Negligente
Responsável	≥3,5	<2	<2	<2
Formalmente Guiado	<2	≥3,5	<2	<2
Independente	<2	<2	≥3,5	<2
Negligente	<2	<2	<2	≥3,5

Optamos por definir um conjunto de critérios mais abrangentes num *score*, a fim de aumentar a possibilidade de identificação do estilo predominante de GRT dos participantes (quadro 3).

Quadro 3: Scores por estilo de GRT predomínio

Estilo de GRT predomínio de um tipo	Scores			
	Responsável	Formalmente guiado	Independente	Negligente
Predomínio Responsável	≥3	<2.5	<2.5	<2.5
Predomínio Formalmente Guiado	<2.5	≥3	<2.5	<2.5
Predomínio Independente	<2.5	<2.5	≥3	<2.5
Predomínio Negligente	<2.5	<2.5	<2.5	≥3

Na tabela seguinte, encontra-se definido o *score* compatível com cada um dos estilos de GRT “combinados” (quadro 4).

Quadro 4: Scores por estilo de GRT combinado

Estilo de GRT combinado	Scores			
	Responsável	Formalmente guiado	Independente	Negligente
Responsável/Formalmente guiado	≥3	≥3	<2.5	<2.5
Responsável/Independente	≥3	<2.5	≥3	<2.5
Responsável/Negligente	≥3	<2.5	<2.5	≥3
Formalmente Guiado/Independente	<2.5	≥3	≥3	<2.5
Formalmente Guiado/Negligente	<2.5	≥3	<2.5	≥3
Independente/Negligente	<2.5	<2.5	≥3	≥3
Responsável/Formalmente guiado/Independente	≥3	≥3	≥3	<2.5
Responsável/Formalmente guiado/Negligente	≥3	≥3	<2.5	≥3
Responsável/Independente/Negligente	≥3	<2.5	≥3	≥3
Formalmente guiado/Independente/Negligente	<2.5	≥3	≥3	≥3
Responsável/Formalmente guiado/Independente/Negligente	≥3	≥3	≥3	≥3

Os casos que não podem incluir-se em nenhuma das anteriores categorias foram denominados como estilo “indeterminado”.

A teoria explicativa sobre o estilo de GRT baseia-se em dois eixos estruturais: a flexibilidade e o *locus* de controlo (figura 2).

A autora considera a flexibilidade uma *“propriedade do regime terapêutico, encontrada em todos os participantes mas, com um elevado nível de variabilidade, com interpretações e consequências diferentes”* (4). Defende que a atitude da pessoa poderá variar entre o controlo e a tentação como polos opostos áquilo que são as recomendações: rigidez e flexibilidade.

Relativamente ao conceito *locus* de controlo, *“que é a crença sobre quem detém o controlo da sua vida”* (4), segundo a CIPE® versão 1.0., é defendido pela autora que este pode ser classificado em interno ou externo. Se *“o controlo é percecionado para além do comportamento da pessoa, ou seja, fora de si, é interpretado como sendo atribuído ao acaso, à sorte, ao destino, a outros poderosos”*, estamos perante um tipo

de *locus* de controlo externo; se “a pessoa percebe esse controlo nas suas próprias características e potenciais”, estamos perante um tipo de *locus* de controlo interno (4).

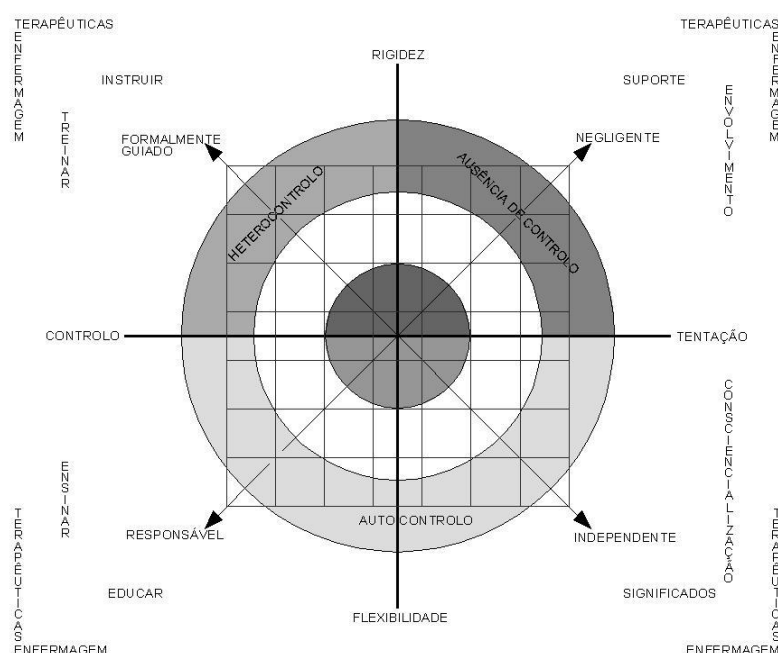


Figura 2 - Relação do estilo de gestão do regime terapêutico e suas propriedades

Fonte: Bastos, p. 371

Assim, tendo em conta os eixos norteiam os limites de cada um dos estilos de GRT: entre a rigidez e a flexibilidade e entre a tentação e o controlo, foram definidas duas grandes dimensões e respetivos indicadores específicos (quadro 5).

Quadro 5: Indicadores específicos de cada grande dimensão do estilo de GRT

	Ítems
Flexibilidade	19 ítems: Q105; Q106; Q109; Q115; Q116; Q121; Q124; Q128; Q130; Q131; Q132; Q134; Q136; Q137; Q138; Q139; Q140; Q143; Q144
Locus de controlo	16 ítems: Q101; Q102; Q104; Q103; Q108; Q110; Q114; Q117; Q120; Q122; Q123; Q127; Q129; Q133; Q141; Q142

Segue-se a identificação do grupo de ítems que possibilitam a avaliação de sete variáveis compostas: *locus* de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, atitude face à doença, atitude face ao regime terapêutico, autoeficácia e interação com os profissionais (quadro 6). Algumas das sete variáveis compostas foram usadas na construção dos indicadores das duas grandes dimensões: flexibilidade e *locus* de controlo, acima apresentadas.

Quadro 6: Indicadores específicos de cada dimensão do estilo de GRT

Dimensões	Itens
Locus controlo interno	6 itens: Q101; Q102; Q114; Q120; Q122; Q133
Tomada de decisão	5 itens: Q103; Q104; Q105; Q109; Q110
Autodeterminação	6 itens: Q106; Q107; Q111; Q113; Q123; Q132
Atitude face à doença	17 itens: Q108; Q112; Q115; Q116; Q117; Q118; Q119; Q121; Q124; Q125; Q126; Q128; Q140; Q203; Q208; Q211; Q212
Atitude face ao regime terapêutico	13 itens: Q127; Q135; Q136; Q137; Q138; Q139; Q144; Q145; Q202; Q204; Q206; Q209; Q210
Autoeficácia	3 itens: Q129; Q130; Q131
Interação com os profissionais	5 itens: Q141; Q142; Q143; Q201; Q213

2.5. Participantes

Na presente investigação, a população alvo engloba as pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 2, inscritas na USF em estudo, durante o período de elaboração do trabalho de investigação. Os enfermeiros documentam os seus dados num aplicativo informático – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE®), no qual é possível identificar os utentes em função de “Programas de Saúde”. Um destes programas é “Grupo de risco: diabetes” que, no período do decurso do estudo, incluía cerca de 670 utentes. Salienta-se que uma minoria deste número corresponde a diagnósticos de diabetes tipo 1, não incluídos neste estudo.

Na impossibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, e tendo em conta os objetivos do estudo, definimos critérios de inclusão e exclusão para selecionar as pessoas com potencialidade de participar no estudo. Os critérios de inclusão definidos foram os seguintes: ter idade superior a 18 anos; ter diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2; ter capacidade cognitiva e de interação/ser capaz de fornecer informação e aceitar participar no estudo.

Utilizou-se uma amostragem não probabilística por conveniência para a seleção da amostra, uma vez que é *“constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos”* (48). Assim, os participantes foram selecionados à medida que se apresentaram na USF até que a amostra atingisse o tamanho razoável, face às limitações temporais impostas pelo processo académico.

Neste caso, desconhece-se a *“probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra”* e *“quanto representativa ela é de uma população ou universo”* (27), não sendo possível calcular o erro amostral (48).

Consideramos que o tamanho amostral ($n=100$) foi, sem dúvida, influenciado pelos recursos e prazos: limitação temporal de realização do estudo e obtenção de parecer positivo sobre o estudo por parte de comissão de ética alcançado consideravelmente após o início previsto para a colheita de dados. Foi, portanto, o tamanho possível, sendo superior a 10% da população.

Tendo em conta que *“o número ótimo de participantes depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida”* (27), e que num contexto no domínio da doença, ao contrário do domínio da saúde pública, um elevado número de participantes é difícil de atingir (27), consideramos que o tamanho amostral permite a viabilidade do estudo e se aproxima ou sobrepõe aquilo que é defendido por *Finterbusch, Liewellyn e Wolf*¹²: *“a seleção do tamanho da amostra é uma questão de julgamento, e que o número de sujeitos que constituirá a amostra não é importante (...) e que uma amostra de 100 é suficiente para ser tomada a sério”* (27).

Para a seleção da amostra foi apresentado o estudo à equipa da USF e pedida colaboração de todos os seus membros na abordagem e sinalização dos utentes com potencial para serem incluídos no estudo. Os utentes que manifestaram vontade em participar, foram sinalizados e encaminhados para uma das responsáveis pela colheita de dados. Com esta estratégia foi possível efetuar um primeiro contacto com cerca de 120 utentes (aproximadamente 18% da população acessível), dos quais 20 recusaram participar no estudo.

Consideramos que o facto de o momento de colheita de dados se harmonizar com a deslocação do utente à USF para uma consulta programada é benéfico, uma vez que não imputa custos acrescidos ao utente nem representa uma alteração significativa à dinâmica de funcionamento da própria unidade de saúde.

¹² Finterbusch, K., Liewellyn, L., e Wolf, C.P. (1983). Social impact assessment methods. Beverly Hills: Sage Publications apud (27)

2.6. Caracterização da Amostra

A descrição da amostra passa fundamentalmente pela análise das características sociodemográficas e dos dados das variáveis clínicas, inscritas no primeiro instrumento de colheita de dados: Questionário de caracterização sociodemográfica e de dados clínicos. A consulta do processo clínico permitiu o acesso aos dados registados pelos profissionais de saúde que acompanham cada utente. Os restantes dados foram obtidos através das respostas de cada participante. A análise dos seguintes quadros e gráficos possibilitará uma melhor compreensão dos resultados.

A amostra deste estudo é constituída por 100 utentes com diagnóstico de diabetes tipo 2, inscritos na USF que serve de contexto, verificando-se uma ligeira predominância do sexo masculino com 53 participantes (53%).

Relativamente à idade, constatou-se que a média de idades é de 63 anos, com um desvio padrão (DP) de 11 anos, com uma mediana de 66 anos. O participante mais novo apresenta 34 anos e o mais velho 85 anos.

Acima dos 60 anos a amostra tem 29% dos seus participantes e 71% têm menos de 60 anos. Segundo o relatório do OND de 2013: *“mais de um quarto da população portuguesa integrada no escalão etário dos 60-79 anos tem Diabetes”* (2), nesta amostra verificámos que 76% dos participantes se encontram na faixa etária dos 40 aos 70 anos.

Tabela 1: Caracterização da amostra quanto ao sexo e habilitações literárias

	Total N=100		Homens n=53		Mulheres n=47	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Habilitações literárias (ciclos de educação)						
Sem escolaridade	2	2%	0	0%	2	4,3%
Primeiro ciclo	67	67%	37	69,8%	30	63,8%
Segundo ciclo	16	16%	5	9,4%	11	23,4%
Ensino secundário	7	7%	4	7,5%	3	6,4%
Ensino universitário	8	8%	7	13,2%	1	2,1%
Total	100	100%	53	53%	47	47%

Em relação às habilitações literárias (tabela 1), pode constatar-se que os participantes da amostra apresentam baixa escolaridade. Verificámos que os homens apresentam uma

média de 5,55 anos de escolaridade e as mulheres de 4,36. Esta diferença é estatisticamente significativa: $t(98) = -2,087$, $p = 0,040$.

Tabela 2: Caracterização da amostra quanto ao estado civil e situação profissional atual

	Total N=100	Homens n=53	Mulheres n=47
	N.º	N.º	N.º
Estado civil			
Casado(a)/União de facto	75	43	32
Viúvo(a)	16	4	12
Divorciado(a)	5	3	2
Solteiro(a)	4	3	1
Total	100	53	47
Situação profissional atual			
Empregado(a)	13	8	5
Desempregado(a)	10	7	3
Reformado(a) ou aposentado(a)	53	35	18
Outro	24	3	21
Total	100	53	47

Verifica-se que, a maioria dos participantes (75%), são casados ou vivem em união de facto, salientando-se uma percentagem considerável de mulheres (25,5%) que são viúvas (tabela 2).

Quanto à situação profissional (tabela 2), os participantes foram distribuídos por população ativa: empregado(a) ou desempregado(a) e por população inativa: reformado(a) ou outro (estudantes ou domésticas). Podemos observar que, apenas 13 (13%) dos participantes do estudo se encontram empregados, dos quais 8 são homens. A maioria dos participantes são reformados (53%), sendo predominantemente homens: 35, representando 66% dos homens. Na classificação de situação profissional de “outro”, não identificamos nenhum estudante, pelo que a percentagem observada reflete o número de participantes que se incluem na denominação de “domésticas”, pessoas que não usufruem de rendimento, efetuando a manutenção da atividade doméstica da sua própria casa e cuidados à família. Observamos uma evidente prevalência das mulheres, 21 em 24, dado compatível com a identificação da profissão que assume uma prevalência de 72,3% das mulheres. A profissão prevalente nos homens, é de marceneiro, abrangendo 28 (52,8%) dos participantes do sexo masculino, o que vai de encontro ao esperado, dado o contexto de implantação geográfica da USF ser uma zona que se dedica particularmente à indústria de transformação da madeira.

Tabela 3: Caraterização da amostra quanto ao agregado familiar e local de vigilância da diabetes

	Total N=100		Homens n=53		Mulheres n=47	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Agregado familiar						
Cônjuge	42	42%	26	49,1%	16	34,0%
Cônjuge e filhos	31	31%	17	32,1%	14	29,8%
Sozinho(a)	11	11%	3	5,7%	8	17,0%
Outros	16	16%	7	13,2%	9	19,1%
Total	100	100%	53	100%	47	100%
Vigilância da diabetes						
USF	95	95%	51	96,2%	44	93,6%
Hospital	1	1%	0	0%	1	2,1%
USF + hospital	4	4%	2	3,8%	2	4,2%
Sem vigilância	0	0	0	0%	0	0%
Total	100	100%	53	100%	47	100%

A grande maioria dos participantes (89%) vive acompanhado (tabela 3). Para a percentagem de participantes que vivem sozinhos contribuem maioritariamente as mulheres (17% das participantes do sexo feminino) o que poderá estar relacionado com a viuvez, que é, como acima descrito, mais prevalente nas mulheres, e com a maior longevidade inerente ao sexo feminino.

A vigilância dos participantes (tabela 3), no que diz respeito à diabetes, faz-se na USF na grande maioria dos casos (99%), o que vem corroborar os dados do relatório do OND de 2013, que indica que, em 2012, a percentagem de utentes com diabetes com consulta registada foi de 88.8% nas USF's (2).

Tabela 4: Caraterização da amostra quanto ao número de anos de diagnóstico e idade de diagnóstico de diabetes

	Total N=100		Homens n=53		Mulheres n=47	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Anos de diagnóstico (anos)	9,24	8,62	9,89	10,10	8,51	8,59

Os participantes do estudo têm conhecimento do diagnóstico de diabetes, em média há 9 anos, sendo que 50% destes têm entre 3,5 e 12,5 anos de diagnóstico (tabela 4).

Relativamente à idade que os participantes tinham na altura do diagnóstico, a maioria foi diagnosticada entre os 40 e os 60 anos (58%), com uma média de, aproximadamente, 53 anos.

No que concerne a coabitação com pessoa com diagnóstico de diabetes, encontramos, nesta amostra, 24% de participantes em que esta situação se verificava. Não se verificaram diferenças significativas entre pessoas que coabitam com pessoa com diabetes e pessoas que não coabitam com pessoa com diabetes, relativamente à HbA1C, $t(96) = 0,699$, $p = 0,486$; ao número de pesquisas de glicemia capilar (PGC), $t(54) = -0,375$, $p = 0,709$; ou ao IMC, $t(98) = -0,437$, $p = 0,663$. Relativamente a ter prestador de cuidados no autocuidado diabetes, apenas 18% dos participantes responderam afirmativamente.

Quanto aos ADO, dos 97 participantes que efetuam este tipo de tratamento, 75% consome um ou dois medicamentos diferentes, em média, duas vezes por dia. Dos 11 participantes que utilizam insulina, 8 são mulheres, 75% usam apenas um tipo de insulina e 50% administra a insulina pelo menos duas vezes por dia.

Apenas 13% dos participantes referiram serem portadores de complicações relacionadas com a diabetes, sendo a retinopatia, a complicação identificada em destaque, em 10% dos casos.

No que diz respeito a episódios de internamento ou recurso à urgência, no último ano, relacionado com a diabetes, os participantes da presente amostra referiram que estes não ocorreram.

Na nossa amostra, 60% dos participantes considera o seu rendimento familiar suficiente para a aquisição de alimentos e de medicamentos. Esta variável foi operacionalizada numa variável dicotómica, em que a pergunta foi dirigida à suficiência/insuficiência.

Tabela 5: Caracterização da amostra quanto ao IMC (peso saudável, excesso de peso, obesidade)

	Total N=100	
	N.º	%
Peso saudável (IMC<25)	5	5%
Excesso de peso (IMC 25-30)	47	47%
Obesidade (IMC>30)	48	48%
Total	100	100%

Os participantes deste estudo apresentam, em média, um peso de 80,5 Kg, com um DP de 12,64. De salientar que, apenas 5% dos participantes apresentam um IMC considerado saudável (tabela 5).

O IMC dos participantes é, em média de 30,8, com um DP de 5,62. Após recodificação desta variável contínua numa variável intervalar de três classes: peso saudável, excesso de peso e obesidade, verificamos que metade dos participantes apresentam IMC inferior a 29, mas 95% têm excesso de peso ou mesmo obesidade.

Tabela 6: Caraterização da amostra quanto ao perímetro abdominal de risco

	Homens n=53		Mulheres n=47	
	N.º	%	N.º	%
PA de risco (cm)	26	49,06%	46	97,87%

Na nossa amostra o PA é, em média, de 106 cm. Após recodificação desta variável contínua numa variável intervalar de duas classes: PA de risco e PA sem risco para os homens e para as mulheres, constatámos que aproximadamente metade dos homens da amostra deste estudo apresentam um valor abaixo do que se considera ser o limite para se considerar de risco muito elevado, enquanto, no caso das mulheres, apenas uma se encontra nesta situação (tabela 6). É considerado existir um risco aumentado quando o PA é igual ou superior a 94cm nos homens e 80cm nas mulheres e um risco muito aumentado quando o PA é igual ou superior a 102cm nos homens e 88cm nas mulheres (55). Neste estudo consideramos o “Perímetro abdominal de risco” enquanto risco muito aumentado, com valores de corte 102 cm e 88 cm.

Os participantes da amostra em estudo apresentam valores de TA dentro de parâmetros considerados normais: 75% dos participantes apresentam TA sistólica abaixo dos 135mmHg, em média de 127mmHg, com um DP de 17,41; e 85% dos participantes apresentam TA diastólica abaixo dos 80mmHg, em média de 72, com um DP de 9,33.

A HbA1C identificada nos participantes deste estudo (n=98), foi, em média de 6,51%, com um DP de 0,93. O valor mínimo desta variável, medida enquanto variável contínua, foi de 5,1 e o máximo de 10,2, sendo que, 75% dos participantes apresentaram valor inferior a 6,9%.

2.7. Estratégias Para Análise dos Dados

No sentido do tratamento e análise dos dados recolhidos, foi elaborada uma base de dados, onde estes foram inicialmente inseridos, sendo uma parte efetuada por leitura

ótica. Esta foi inspecionada, com o intuito de detetar erros na introdução dos dados ou no registo prévio da informação e sua correção através da consulta dos formulários, em suporte de papel. Foram também verificados na íntegra uma amostra de 10% dos formulários.

Os dados foram tratados com suporte do programa informático *Statistical Package for Social Sciences®* (SPSS®), versão 22, com recurso a procedimentos de estatística descritiva e inferencial, uma vez que, *“os dados necessitam ser sistematicamente analisados, de forma que as tendências e os padrões de relacionamentos possam ser detetados”* (47).

A fim de sistematizar e salientar a informação fornecida pelos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas e medianas), medidas de dispersão e variabilidade (DP, coeficiente de variação).

Para estudo das propriedades psicométricas do instrumento de caracterização do estilo de GRT foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total (excluindo o respectivo item) e o *Alfa de Cronbach*, utilizado como medida de fidelidade interna do instrumento.

O coeficiente *alfa de Cronbach*, permite obter a medida da consistência interna, com base na média das correlações inter-itens do teste, sendo aceitáveis valores acima de 0,60 (27), sendo *“uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens)”* e varia entre 0 e 1. Os autores consideram que a consistência interna é muito boa se α superior a 0,9; boa se α está entre 0,8 e 0,9; razoável se α está entre 0,7 e 0,8; fraca se α está entre 0,6 e 0,7 e inadmissível se α inferior a 0,6 (56).

“A análise factorial estima o peso dos factores (loadings) e as variâncias, de modo a que tanto as covariâncias como as correlações previstas nele estejam tão perto quanto possível dos valores observados” (56).

Deve salientar-se que:

“O facto de haver um agrupamento factorial consistente e/ou consistência interna elevada, não garante a existência de uma relação conceptual satisfatória com o critério externo e, frequentemente a fundamentação teórica de tal agrupamento torna-se difícil” (27).

Optamos, por isso, por manter o agrupamento teórico e esperar por outros contributos da aplicação em outros contextos para que os autores do instrumento realizem os testes necessários e procedam à decisão sobre os itens a manter e a excluir.

Na apresentação e discussão dos resultados iremos identificar quais os testes estatísticos utilizados e seu fundamento.

Relativamente à apresentação dos dados, de acordo com a utilização da estatística supramencionada, serão apenas apresentados os resultados com significância estatística ($p < 0,05$). Poderá eventualmente surgir a referência a algum dado sem significado estatístico, caso este seja relevante no contexto da análise inferencial dos resultados.

Foi efetuada análise da relação entre os itens do instrumento de caracterização do estilo de GRT com as variáveis de caracterização sociodemográfica e dados clínicos.

Os dados foram apresentados em quadros ou tabelas com o objetivo de facilitar a visualização e análise dos resultados e constituíram um suporte importante para a análise dos dados estatísticos.

2.8. Considerações Éticas

A prática de investigação pressupõe o respeito por princípios éticos. Uma vez que este estudo recorreu a um instrumento de colheita de dados elaborado por autores que não a investigadora, foi efetuado pedido de utilização desse instrumento à autora. (Anexo 4).

A fim de validar a conveniência do estudo para a melhoria dos cuidados de enfermagem da USF elegida como contexto, foi efetuado pedido de parecer à Enfermeira Chefe do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), ao Coordenador da USF e pedido de autorização para a realização deste estudo ao Conselho Executivo do ACES, na pessoa da Exma. Sr.^a Diretora Executiva sobre a realização do mesmo (Anexo 6). A este pedido anexou-se a carta de explicação do estudo e a declaração do consentimento informado (Anexo V) e o projeto de investigação. O estudo foi apresentado a toda a equipa da USF e pedida a sua colaboração, em reunião, a fim de se estabelecer uma relação de parceria.

Seguiram-se os trâmites necessários à apreciação pela Comissão de Ética da ARS cujo parecer sobre a realização deste estudo foi positivo (Anexo 7).

A realização de estudos de investigação com foco no comportamento e atitudes humanas pressupõe uma interação entre o investigador e os participantes e seu contexto.

“Na investigação a questão ética central passa pelo dilema que inclui dois sistemas de valores: por um lado, a crença no valor e na necessidade da investigação em si mesma, por outro, a crença na dignidade humana, nos seus contextos de vida e no direito de ambos à privacidade” (49).

O direito à privacidade foi assegurado pela garantia da confidencialidade dos dados obtidos. Tendo as investigadoras acesso a estes dados, para assegurar o anonimato dos dados foi criado um sistema de codificação dos participantes, em que apenas as investigadoras conheciam a relação dados/caso.

O princípio de autonomia foi assegurado através da explanação do teor do estudo a cada um dos possíveis participantes, do respeito pela decisão de participação, sem que daqui decorra qualquer sanção ou prejuízo para a pessoa.

Os participantes procederam à leitura e assinatura do termo de aceitação (Anexo V) e, perante a situação de analfabetismo foi pedido a outra pessoa para ler em voz alta e assinar por delegação do participante e, enquanto, testemunha.

Os pressupostos éticos relativos à investigação foram, desta forma, cumpridos.

3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se apresentar e discutir os resultados obtidos com o estudo em questão e de acordo com os objetivos delineados. Desta forma, serão analisados criticamente os dados relativos aos participantes apresentados no capítulo Participantes e Métodos. Procederemos à apresentação e discussão de outros dados também considerados relevantes para a caracterização dos participantes no que diz respeito à perceção sobre as opções de tratamento da diabetes, perceção sobre a suficiência do rendimento familiar e dados clínicos associados ao controlo da diabetes. Seguir-se-á a apreciação sobre o processo e resultados de avaliação das propriedades psicométricas e da utilidade do instrumento de caracterização do estilo de GRT que emergiram da sua aplicação no contexto do estudo, numa perspetiva de relação com as variáveis estudadas. Incluímos ainda, neste capítulo, as reflexões que eclodiram do processo de colheita de dados.

3.1. Dados Sociodemográficos e Clínicos Relevantes Sobre os Participantes

Com vista a atingir o primeiro objetivo do presente estudo, apresentamos no capítulo anterior, características dos elementos da amostra, que neste momento iremos completar com um olhar sobre alguns aspetos específicos.

Os dados do presente estudo não são representativos da população total, logo, podemos apenas referir que este perfil é o das pessoas com diabetes tipo 2, vigiadas da USF que serve de contexto.

Através da análise da variável “sexo” verificamos, na nossa amostra, uma ligeira predominância do sexo masculino, com 53 participantes (53%), o que vai de encontro ao que se verifica na população portuguesa, tal como podemos confirmar na informação

veiculada no Relatório Anual do OND - Diabetes factos e números: 2013 que indica que em Portugal 84.5% das pessoas diagnosticadas com diabetes, se encontram na faixa etária dos 20 aos 79 anos, sendo que 50.5% são homens e 34% são mulheres, assim, *“verifica-se a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da diabetes entre os homens e as mulheres”* (2).

Conscientes de que se verifica *“a existência de uma correlação direta forte entre o incremento da prevalência da Diabetes e o envelhecimento dos indivíduos”* e *“o impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,2 p.p. da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2012”* (2) efetuamos a análise da idade dos participantes. No presente estudo, a média de idade é de 63 anos, encontrando-se 76% dos participantes na faixa etária dos 40 aos 70 anos. Relembramos um estudo abrangente, *French DIABASIS*, cuja amostra foi constituída por quotas representativas da população francesa selecionadas a partir de um painel permanente de um instituto de pesquisa, tendo-se verificado, tal como na nossa amostra, uma prevalência superior nos homens relativamente às mulheres (60% são homens) e uma média de idades de 66 anos (34).

Na nossa amostra, 40% dos participantes considera o seu rendimento familiar insuficiente para a aquisição de alimentos e de medicamentos. No relatório primavera 2014 do Observatório Português do Sistema Nacional de Saúde (SNS), refere-se que: *“ao nível da despesa familiar, cerca de 62% das pessoas inquiridas afirma não conseguir fazer planos de futuro, vivendo com um grau elevado de incerteza”* (9) e, no que diz respeito à alimentação, em 2012, segundo o relatório anteriormente citado, *“22,8% dos utentes referem como motivo principal a incapacidade económica para justificar situações percebidas de alimentação insuficiente ou não aquisição de bens de consumo alimentar desejados ou necessários”* (9). Relativamente a este aspeto, a elevada percentagem de participantes do presente estudo que refere rendimento insuficiente no âmbito da questão, afigura-se-nos inferir que poderá estar relacionado com o contexto socioeconómico atual de crise, aumento da taxa de desemprego e endividamento das famílias portuguesas. Estes resultados devem suscitar a valorização das questões socioeconómicas, uma vez que *“a insuficiência do rendimento familiar dificulta a transição saúde/doença, em particular pela dificuldade acrescida na gestão do regime terapêutico”* (4).

Uma vez que, segundo Ricardo Antunes, *“as alterações dos estilos de vida, nomeadamente na passagem de “activo” para “reformado”, são igualmente*

acompanhadas por importantes mudanças de comportamentos na vida quotidiana”, afigurou-se-nos como importante incluir a análise da situação profissional dos participantes, verificando-se um predomínio de pessoas reformadas (53%), especialmente homens (57). Este tipo de situação profissional evidenciou-se igualmente no estudo *French DIABASIS*, em que 64% dos participantes se encontravam reformados e 12% desempregados, sendo que, na nossa amostra, a taxa de desemprego é de 11% (34). No que respeita a este dado, parece-nos concordante com o facto de serem pessoas com maior disponibilidade e, por isso, mais assíduas às consultas de vigilância, aumentando a possibilidade de serem incluídas na nossa amostra.

Ainda, de acordo com o mesmo autor acima referido, *“os padrões de doença, longevidade e os estilos de vida relacionados com a saúde, variam de acordo com as classes sociais, sexo e escolaridade”*, pelo que foram identificadas as habilitações literárias e profissão dos participantes (57), tendo-se verificado um baixo nível de escolaridade dos participantes, provavelmente relacionado com a idade e profissões prevalentes que não pressupõem elevada escolaridade.

No estudo francês *DIABASIS*, decorrido entre 2007 e 2008, com o objetivo de descrever a diabetes tipo 2 sob a perspetiva dos pacientes, uma das conclusões que emergiu foi que metade dos participantes percebiam a diabetes como séria, especialmente os que apresentavam uma menor duração da doença (inferior a 10 anos). Em relação ao impacto na vida diária, foram as pessoas com maior duração de doença (superior a 10 anos) que referiram maior impacto e menor controlo glicémico (34). Relativamente à análise do número de anos de diagnóstico e idade de diagnóstico dos participantes do nosso estudo, foi interessante constatar que as médias de anos de diagnóstico (9 anos) e de idade de diagnóstico (53 anos) são muito próximas das encontradas no estudo abrangente acima referido: 55 anos e 11 anos, respetivamente (34).

Segundo Bastos:

“a atitude da família e dos prestadores de cuidados familiares podem ser potenciadores da perda de autonomia e da incorporação de uma identidade de pessoa doente, enquanto favorecem comportamentos de adesão ao regime terapêutico. Ou, podem facilitar a transição saúde/doença, apoiando-o e fomentando a autonomia e responsabilidade e uma identidade de pessoa com doença” (4).

Constatámos que 24 % dos participantes coabitam com pessoa com diabetes, o que parece não ter impacto nos indicadores de controlo da doença (HbA1C e IMC), nem no

autocuidado autovigilância da diabetes, expresso no número de PGC realizadas por mês, uma vez que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Este dado, aliado ao facto de apenas 18% dos participantes referirem terem prestador de cuidados no autocuidado diabetes, sugere-nos que, provavelmente, serão pessoas que mantêm preservada a sua autonomia, compatível com a sua deslocação à USF e com a capacidade para responder a questões com algum grau de complexidade.

O item vigilância da diabetes pretende identificar os utentes que efetuam consultas de vigilância regulares (na USF ou no Hospital) e os que são considerados não vigiados (sem consulta no último ano), de acordo com o que é veiculado no Despacho n.º 3052/2013, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 40 — 26 de fevereiro de 2013: *“As consultas autónomas de diabetes nos ACES são destinadas ao acompanhamento das pessoas com diabetes aí inscritas, e devem ter uma periodicidade determinada pela equipa multidisciplinar, consoante o quadro clínico individual, mas nunca inferior a semestral”* (58). Com a análise dos dados, verificámos, conforme esperado dado o método de amostragem de conveniência e os critérios de inclusão, que 99% dos participantes efetuam vigilância na USF.

No que concerne o tratamento da diabetes, o Relatório do OND: Diabetes factos e números 2013, refere-nos que:

“O primeiro passo no tratamento da Diabetes tipo 2 é o mais importante e implica uma adaptação naquilo que se come e quando se come e na atividade física que se efetua diariamente (o exercício regular – até o andar a pé –, permite que o organismo aproveite melhor o açúcar que tem em circulação). Muitas vezes, este primeiro passo, com a eventual perda de peso se este for excessivo, é o suficiente para manter a diabetes controlada (pelo menos durante algum tempo... que pode ser de muitos anos). Quando não é possível controlar a diabetes, apesar da adaptação alimentar e do aumento da atividade física, é necessário fazer o tratamento com comprimidos e, em certos casos, utilizar insulina. É ainda comum a necessidade de utilização de medicamentos para controlar o colesterol e a pressão arterial” (2).

Na tentativa de enquadrar a perspetiva dos participantes face às opções de tratamento, foi incluída uma questão acerca desta área, bem como identificação da utilização de ADO e insulina, número de terapêuticas e número de tomas, valor de TA e prática de exercício físico.

A gestão do regime terapêutico pressupõe componentes habitualmente compostas por comportamentos considerados desagradáveis e a sua manutenção está dependente da valorização que a pessoa com doença crónica lhe atribui e a integração dessa mesma importância (4). No caso dos participantes da amostra, pessoas com diabetes, é de salientar que, enfrentam a gestão de um regime terapêutico complexo, caracterizado por incluir várias componentes: medicamentosa, alimentar, atividade física, autovigilância, etc.

Através da análise da perceção dos participantes sobre as opções de tratamento da diabetes, constatámos que maioria dos participantes considerou a alimentação (99%), o exercício físico (97%), a realização de PGC (100%), a vigilância dos pés (98%) e o controlo do stress (66%) enquanto componentes do tratamento da doença. Estes resultados, divergentes dos alcançados no estudo de Bastos em que se verificou existir discordância *“entre o que os participantes percecionam como componentes do regime terapêutico e o que o conhecimento atual demonstra como o sendo”*, leva-nos a induzir que a amostra é constituída por participantes que assumem algum controlo e responsabilidade (4). No mesmo sentido, e tal como iremos referir adiante, não foram identificados participantes com estilo de GRT negligente, que *“não consideram algumas das componentes do regime terapêutico, ou apresentam disposição negativa para os mesmos”* (4). Já as pessoas com estilo de GRT formalmente guiado apresentam conhecimento sobre as componentes do regime terapêutico e com estilo de GRT independente apresentam falsas crenças sobre componentes do regime terapêutico.

No presente estudo, a percentagem de pessoas com diabetes tratadas com ADO é de 98%, $n=97$; sendo o tratamento com insulina efetuado por 11% dos 100 participantes, sendo que 8% efetua tratamento concomitante com insulina e ADO. Estes dados são sobreponíveis aos obtidos no estudo *French DIABASIS*, com 81% dos participantes a efetuar tratamento com ADO, 19% com insulina e 10% com insulina associada a ADO (34). No relatório do OND de 2013, as formas de tratamento da diabetes distribuem-se da seguinte forma: 48% com ADO, 24% pessoas com diabetes tratadas com insulina e 15% com ambos (2).

De acordo com o Relatório do OND: Diabetes factos e números 2013, o número de doentes saídos de internamentos em que a diabetes surge como diagnóstico associado tem vindo a aumentar significativamente (aumentou 78,5% entre 2003 e 2012) (2).

Sendo as principais complicações da diabetes a neuropatia, a retinopatia, a nefropatia e a doença cardiovascular, fez sentido questionar os participantes da existência de alguma

delas, bem como identificar se existiram recursos à urgência ou internamentos relacionados com a doença e a avaliação do risco de úlcera do pé diabético no último ano (2).

Apesar de não termos dados sobre a forma de tratamento utilizada por todas as pessoas com diabetes tipo 2 inscritas na USF que serve de contexto, consideramos ser possível fazer algumas interpretações. A diminuta percentagem de utilização de insulinoaterapia como abordagem no tratamento da diabetes nos participantes da nossa amostra, a reduzida incidência de complicações relacionadas com a diabetes e a inexistência de episódios de internamento ou recurso à urgência relacionados com a diabetes poderá dever-se ao facto da amostra ser constituída por pessoas que apresentam, na sua maioria, um bom controlo da doença e vigiadas ao nível dos cuidados de saúde primários e não em consulta de especialidade, tal como, por certo, serão as pessoas com diabetes descontrolada e com complicações.

No âmbito da análise dos estilos de vida saudáveis, na área do exercício físico, constatamos que, 46% de participantes referem não praticar exercício físico, sendo que destes 27 são mulheres e 19 são homens. De entre os motivos para a não prática de exercício físico identificados pelos 46 participantes, a dor surge como predominante (19%), especialmente nas mulheres (15), seguida da vontade (falta de) em 8 mulheres e 8 homens. Dos 54% participantes que referem praticar exercício físico, 34 são homens e 20 são mulheres. Estes dados alcançados são próximos dos de Batista *et al*¹³, 2011, citado no relatório primavera 2014 do Observatório Português do SNS, que conclui no seu estudo que, no âmbito do exercício físico, na população adulta portuguesa (homens e mulheres), *“o tempo médio despendido é igual ou superior ao recomendado (...) e na população idosa a prevalência de pessoas suficientemente ativas é inferior às recomendações internacionais, com uma prevalência de atividade de 45% nos homens e de 28% nas mulheres”* (9). A perceção que resulta da nossa experiência profissional no que diz respeito à valorização atribuída ao exercício físico enquanto aspeto essencial na gestão da diabetes, vai de encontro ao que Bastos defende: *“a atividade física, [...] é um aspeto essencial na gestão da diabetes, [...] e que raramente são entendidas enquanto tal”* (4). A superior desvalorização da prática de exercício físico pelas mulheres em relação aos homens, nesta amostra, poderá estar relacionada com a ocupação da manutenção da atividade doméstica da sua própria casa e cuidados à família assumida, maioritariamente, pelas mulheres.

¹³ Batista *et al*, 2011 *apud* (8)

Através da análise do Despacho n.º 3052/2013, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 40 — 26 de fevereiro de 2013, podemos afirmar que os seguintes dados clínicos: Peso; Altura; IMC; PA; TA; HbA1C; Classificação do risco do pé, deverão ser objeto de avaliação nas consultas autónomas nos ACES (58).

Também o Relatório do OND: Diabetes factos e números 2013 nos diz que se verifica “a existência de uma relação entre o escalão de Índice de Massa Corporal (IMC) e a diabetes, com perto de 90% da população com diabetes a apresentar excesso de peso ou obesidade, de acordo com os dados recolhidos no âmbito do PREVADIAB” e que “uma pessoa obesa apresenta um risco 3 vezes superior de desenvolver diabetes do que uma pessoa com peso normal” (2). Assim sendo, incluímos a identificação de peso, altura, IMC, PA dos participantes.

Apenas 5% dos participantes apresentam um peso considerado saudável (IMC<25), o que vai de encontro aos dados veiculados pelo relatório do OND de 2013: “perto 90% da população portuguesa com diabetes apresenta excesso de peso ou obesidade” (2), sendo que nesta amostra 95% dos participantes estão nesta situação.

De acordo com o relatório do OND de 2013, a prevalência de diabetes em 2012 é de 5,8% em pessoas com IMC<25; de 12,7% em pessoas com IMC entre 25 e 30, subindo para 20,3% em pessoas com IMC>30 (2). Daí que seja expectável que, sendo os elementos da nossa amostra pessoas com diabetes, apresentem IMC elevado. Os dados que emergem do nosso estudo neste âmbito, vão de encontro aos alcançados no estudo *French DIABASIS*, cujos participantes apresentam excesso de peso (39%) ou obesidade (37%) e que conclui que a prevalência da diabetes aumenta com o IMC (34).

No presente estudo, o IMC está relacionado com o sexo: $t(98)=3,343$, $p=0,001$, sendo a média do IMC nos homens de 29,06 e de 32,70 nas mulheres. O facto de serem as mulheres a apresentar mais elevada média de IMC poderá estar relacionada com a menor adesão à prática de exercício físico.

O PA indica-nos a distribuição da gordura corporal em adultos e está relacionado com o risco metabólico (riscos associados: desenvolver problemas de saúde associados à obesidade como a diabetes, doenças cardiovasculares, pressão sanguínea elevada). Consideramos como PA de risco os valores de referência para risco muito aumentado. No que respeita às diferenças encontradas – cerca de metade dos homens apresenta PA de risco, enquanto 46 das 47 mulheres possuem PA de risco -, a nossa interpretação vai

no sentido de considerar que a prática de exercício físico poderá um dos fatores influenciadores. Verificamos que: no caso das mulheres, o PA de risco está relacionado com os anos de diagnóstico: $t(45)=3,090$, $p=0,003$, compatível com uma maior predisposição à acumulação de gordura abdominal associada ao aumento da idade; e, no caso dos homens, o PA de risco está relacionado com o IMC: $t(51)=-5,985$, $p<0,001$.

Os valores de TA sistólica e diastólica dos participantes do presente estudo, referidos na caracterização da amostra, superam os veiculados pelo relatório do OND de 2013, que indica que 35,7% das pessoas com diabetes, seguidas no SNS apresentam TA sistólica $<130\text{mmHg}$ e TA diastólica $<80\text{mmHg}$ (2). Tal como referido em relação a outras variáveis, este dado poderá dever-se ao facto da amostra ser constituída maioritariamente por pessoas com diabetes controlada, como se pode verificar pelos valores de HbA1C.

No que concerne o controlo da diabetes, considera-se pertinente a análise da HbA1C. Verificamos que, tal como no estudo *French DIABASIS*, em que se verificou controlo da doença aceitável na maioria dos casos (45% das pessoas com diabetes têm $\text{HbA1C}<7\%$), na nossa amostra constatámos que 75% dos participantes apresentaram um valor de $\text{HbA1C}<6,9\%$ (34). Tomando como referência de diabetes controlada o valor de 6,5%, verificamos que cerca de 65% dos participantes da amostra estão incluídos no grupo cuja diabetes é considerada controlada. O relatório do OND de 2013, refere que:

“Normalmente, uma pessoa bem controlada tem um valor inferior a 6,5%, embora sejam aceitáveis valores mais elevados, tendo em conta eventuais riscos de um controlo rigoroso. O valor a atingir deve ser individualizado de acordo com a idade, os anos de diabetes e as complicações existentes” (2).

O grupo denominado controlado foi comparado com o grupo considerado não controlado ($\text{HbA1C}>6,5\%$ = 34,7%): não se encontram diferenças significativas em relação ao sexo. Apesar das diferenças encontradas nas médias de IMC e de PA, bem como na prática de exercício físico, entre homens e mulheres, tais variáveis, não se refletem de forma estatisticamente significativa no controlo da diabetes (HbA1C).

Verifica-se uma associação significativa entre a idade e o controlo da diabetes (tabela 7): $\chi^2 (1) = 7.26$, $p = 0,010$. Quando comparados os grupos com $\text{HbA1C}\leq 6,5\%$ e com $\text{HbA1C}>6,5\%$ dos participantes idosos (>65 anos), com os não idosos (<65 anos), verificamos que existe uma maior percentagem de participantes não idosos com descontrolo da diabetes (48%) do que idosos (22%). Este dado poderá refletir que a

convivência com a diabetes numa idade mais jovem, com provável ausência de sintomatologia e complicações associadas, implicará uma menor consciencialização da gravidade e cronicidade da doença e induzir um maior descontrolo da mesma. A idade poderá funcionar como um preditor positivo de adaptação à condição de doença, com uma expectável melhoria de competências de autocuidado, refletindo-se num maior sucesso no controlo da diabetes

Tabela 7: Diferenças entre participantes idosos e não idosos quanto ao controlo da diabetes (HbA1C<6.5%)

	Não idoso (<65anos) n=48	Idoso (>65anos) n=50
	N.º (%)	
Descompensação da diabetes (HbA1C>6.5%)	23 (48%)	11 (22%)
Não descompensação da diabetes (HbA1C≤6.5%)	25 (52%)	39 (78%)
Total	48 (100%)	50 (100%)

A realização de PGC antes e depois das refeições constituem a melhor forma de saber se uma pessoa com diabetes tem a doença controlada (2). Sendo assim, incluímos o registo dos valores máximos e mínimos das glicemias em jejum nos últimos 30 dias (com um mínimo de 8 avaliações) dos participantes.

Os participantes que realizaram autovigilância da glicemia em jejum em número igual ou superior a 8 avaliações nos últimos 30 dias (n=56), 75% apresentaram como valor mínimo 111mg/dl e como valor máximo 196mg/dl (tabela 8).

Tabela 8: Caraterização da amostra quanto à realização de PGC em jejum nos últimos 30 dias

	Total n=56	Homens n=25	Mulheres n=31
	Média (DP)	%	%
PGC em jejum ≥ 8 avaliações últimos 30 dias	17,27 (8,43)	47,17%	65,96%

Verificou-se que há uma diferença significativa entre o número de PGC em jejum e o controlo da diabetes (HbA1C): $t(96) = -2,514$, $p = 0,014$, sendo que os participantes que realizaram 8 ou mais PGC em jejum no último mês, apresentam valor de HbA1C superior aos participantes que realizaram menos de 8 PGC em jejum, no mesmo período (tabela 9). O que significa que as pessoas com pior controlo glicémico fazem mais PGC. Este dado era expectável pois a referência à gravidade da condição aumenta a consciencialização da vulnerabilidade. Não existe relação entre esta variável e as

variáveis habilitações literárias, anos de diagnóstico, idade na altura do diagnóstico, ou tratamento da diabetes.

Tabela 9: Diferenças na média do valor de HbA1C entre participantes que realizam 8 PGC ou mais em jejum nos últimos 30 dias e menos de 8

	PGC em jejum ≥ 8 avaliações últimos 30 dias n=49	PGC em jejum < 8 avaliações últimos 30 dias n=49
	Média (DP)	
HbA1C	6,74 (1,04)	6,28 (0,72)

No grupo de participantes que realizaram 8 ou mais PGC em jejum nos últimos 30 dias (n=56), verificamos que existem diferenças significativas entre o número de PGC em jejum e o rendimento familiar: $t(54) = 2,11$, $p = 0,039$ (tabela 10), verificando-se que são os participantes que referem ter um rendimento familiar suficiente que realizam, em média, um menor número de PGC. A política atualmente existente de comparticipação pelo SNS das lancetas e tiras de glicemia poderá estar a facilitar a realização da autovigilância da glicemia, mesmo por aqueles que referem um rendimento familiar insuficiente para adquirir alimentos e medicamentos.

Não se verificaram diferenças significativas entre os participantes com e sem rendimento familiar suficiente quanto à HbA1C, $t(41) = -0,829$, $p = 0,409$.

Tabela 10: Diferenças no número de PGC em jejum nos últimos 30 dias entre participantes com rendimento familiar suficiente e insuficiente

	Rendimento familiar insuficiente n=22	Rendimento familiar suficiente n=34
	Média (DP)	
Número de PGC em jejum nos últimos 30 dias	20,14 (8,97)	15,41 (7,91)

Neste grupo de participantes foram ainda encontradas correlações entre algumas das variáveis estudadas e os resultados do estudo de correlação através do coeficiente *Rho de Spearman* apresentam-se na tabela 11.

Tabela 11: Correlação entre diferentes variáveis no grupo de participantes que realizaram 8 ou mais PGC nos últimos 30 dias

		Habilitações literárias	Anos de diagnóstico	Idade de diagnóstico	HbA1C	PA	TAs	TAd	PGC	Glicemia mínimo	Glicemia máximo
Idade	Rho Spearman P	-0,415 <0,001	0,306 0,002	0,720 <0,001*							
Anos de diagnóstico	Rho Spearman P			-0,439 <0,001*							
Idade de diagnóstico	Rho Spearman P	-0,262 0,009									
HbA1C	Rho Spearman P								0,264 0,050	0,388 0,003	0,508 <0,001
PA	Rho Spearman P						0,202 0,044				
TAs	Rho Spearman P						0,245 0,014				
PGC	Rho Spearman P										0,354 0,008
Glicemia mínimo	Rho Spearman P										0,430 0,001

Dos resultados encontrados (tabela 11), pretendemos salientar que se verificou que a idade está positivamente correlacionada com os anos de diagnóstico: $r=0,306$, $p=0,002$, e negativamente correlacionada com as habilitações literárias: $r=-0,415$, $p<0,001$, o que significa que, à medida que aumenta a idade, aumentam o número de anos de diagnóstico e, o número de anos de escolaridade dos participantes é menor.

A idade de diagnóstico também está positivamente correlacionada com a idade: $r=0,720$, $p<0,001$, como seria expectável, e, por isso, negativamente correlacionada com as habilitações literárias: $r=-0,262$, $p=0,009$, e com os anos de diagnóstico: $r=-0,439$, $p<0,001$. Desta análise, deduzimos que, à medida que aumenta a idade, aumenta o número de anos a que foi feito o diagnóstico.

A HbA1C está positivamente correlacionada com o número de PGC realizadas por mês: $r=0,264$, $p=0,050$, com o valor mínimo de glicemia: $r=0,388$, $p=0,003$, e com o valor

máximo de glicemia: $r=0,508$, $p<0,001$. Isto reflete que, quanto maior é o valor da HbA1C do participantes, maior é o valor da glicemia mínima e máxima encontrada nos últimos 30 dias e maior é o número de PGC realizadas, em jejum, no mesmo período. A nossa interpretação é que estes 3 itens são indicadores de um controlo/descontrolo da diabetes e, que quanto maior o descontrolo, maior a percepção de gravidade e vulnerabilidade percebida, pelo que aumenta a necessidade de monitorizar a glicemia com maior frequência. Também o número de PGC realizadas por mês está positivamente correlacionado com o valor máximo de glicemia: $r=0,354$, $p=0,008$ e o valor mínimo de glicemia está positivamente correlacionado com o valor máximo de glicemia: $r=0,430$, $p=0,001$.

Foi identificada uma correlação positiva, embora fraca, entre o PA e a TA diastólica: $r=0,202$, mas que é significativa ($p=0,044$). Ou seja, o aumento de um parâmetro correlaciona-se com o aumento de outra.

Foi identificada, também, uma correlação previsível positiva entre TA sistólica e TA diastólica: $r=0,245$, $p=0,014$, que significa que o aumento de um valor acompanha o aumento do outro valor.

O resultado da avaliação por parte dos enfermeiros do risco de úlcera do pé diabético, identificou 4 participantes em 99 com alto risco, sendo que, os restantes 95 apresentam um baixo risco.

Em síntese, o grupo de participantes era constituído maioritariamente por homens, com idade média de 63 anos, reformados, casados e que vivem acompanhados por cônjuge ou cônjuge e filhos. Têm, em média, 5 anos de escolaridade. O diagnóstico de diabetes surgiu, em média, há cerca de 9 anos, quando os participantes detinham entre 40 e 60 anos e mantêm a sua vigilância na USF. A pessoa identifica todas as componentes de tratamento da diabetes, estando medicada com ADO, não é portadora de complicações e não teve nenhum internamento ou recurso à urgência no último ano motivado pela diabetes. A maioria, classifica o seu rendimento familiar como suficiente para aquisição de medicamentos e alimentos. A prática de exercício físico está presente em pouco mais de metade dos participantes, sendo que a quase totalidade apresenta excesso de peso ou obesidade e PA de risco. A globalidade dos participantes apresenta TA e HbA1C controladas e, um pouco mais de metade, realizam autovigilância da glicemia em jejum de forma adequada.

3.2. Avaliação das Propriedades Psicométricas e da Utilidade do Instrumento

Consideramos que o segundo objetivo do estudo foi cumprido com a avaliação da forma como o instrumento se comportou, aplicado nesta amostra, de modo a contribuir para a avaliação das suas propriedades psicométricas e obter um instrumento que permita alcançar dados fiáveis.

A existência de instrumentos fidedignos pode ajudar o enfermeiro a lidar com esta complexa realidade que é a forma como as pessoas gerem a doença e o regime terapêutico.

Propusemo-nos contribuir para a validação do instrumento de caracterização do estilo de GRT. Para tal, levamos a cabo uma série de procedimentos estatísticos, no sentido da validação do instrumento.

O coeficiente de *Alpha de Cronbach* para cada uma das partes que compõem o instrumento de caracterização do EGRT foi de 0,642 para a primeira parte do instrumento e de 0,409 para a segunda parte, como podemos verificar no quadro 7.

Quadro 7: Análise da consistência interna do instrumento de caracterização do estilo de GRT (1.^a e 2.^a partes)

Partes do instrumento de caracterização do EGRT	N.º de itens	<i>Alpha de Cronbach</i> (n=100)
1. ^a parte: Questionário dos traços identitários das atitudes face à doença e ao regime terapêutico	44	0,642
2. ^a parte: Perceção do comportamento face ao regime terapêutico	12	0,409

Os itens 35 da primeira parte da escala e 7 da segunda parte da escala, por apresentarem variância próxima de zero, não foram considerados na análise da consistência interna.

No que se refere à homogeneidade, como se pode observar no quadro 8, os itens apresentam correlações com a primeira parte do instrumento total, que variam entre $r=-0,268$ (item 140) e $0,500$ (no item 102). Se eliminado, o item 140, é o item que mais contribuiria para o aumento do valor de *Alpha de Cronbach* da escala total (de 0,642 para 0,672), no entanto, por se considerar de elevada utilidade clínica na caracterização do

estilo de GRT independente, optamos por mantê-lo. De igual forma, existem outros itens que, se retirados refletiriam um aumento do valor de *Alpha de Cronbach* da escala total (103, 107, 108, 111, 121, 125, 132, 134, 138 e 144) mas que optámos por manter.

Quadro 8: Homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alpha de Cronbach) da primeira parte do instrumento

44 Itens	Correlação Item-Total	<i>Alpha de Cronbach</i> se item for eliminado
Item 101	0,311	0,623
Item 102	0,500	0,603
Item 103	0,026	0,643
Item 104	0,116	0,639
Item 105	-0,096	0,651
Item 106	0,188	0,634
Item 107	0,083	0,644
Item 108	0,082	0,644
Item 109	0,292	0,625
Item 110	0,213	0,632
Item 111	-0,015	0,643
Item 112	0,145	0,638
Item 113	0,080	0,642
Item 114	0,406	0,613
Item 115	0,304	0,625
Item 116	0,047	0,642
Item 117	0,363	0,617
Item 118	0,096	0,640
Item 119	0,228	0,631
Item 120	0,172	0,637
Item 121	0,023	0,643
Item 122	0,474	0,607
Item 123	0,114	0,641
Item 124	0,351	0,619
Item 125	0,060	0,643
Item 126	0,145	0,638
Item 127	0,131	0,638
Item 128	0,245	0,629
Item 129	0,021	0,642
Item 130	0,317	0,625
Item 131	0,180	0,635
Item 132	-0,097	0,654
Item 133	0,105	0,642
Item 134	-0,036	0,645
Item 136	0,055	0,642
Item 137	0,097	0,641
Item 138	-0,021	0,645
Item 139	0,129	0,639
Item 140	-0,268	0,672
Item 141	0,049	0,642
Item 142	0,305	0,625
Item 143	0,196	0,634
Item 144	0,048	0,644
Item 145	0,153	0,638

No que se refere à homogeneidade, como se pode observar no quadro 9, os itens apresentam correlações com a segunda parte do instrumento total, que variam entre $r=-0,134$ (item 202) e $0,534$ (no item 212). Se eliminado, o item 202, aumentava o valor de *Alpha de Cronbach* da escala total (de $0,409$ para $0,449$), no entanto, por se considerar de elevada utilidade clínica na caracterização da atitude face ao regime terapêutico, optámos por mantê-lo.

Quadro 9: Homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alpha de Cronbach) da segunda parte do instrumento

12 Itens	Correlação Item-Total	<i>Alpha de Cronbach</i> se item for eliminado
Item 201	0,048	0,414
Item 202	-0,134	0,449
Item 203	0,160	0,391
Item 204	0,031	0,412
Item 205	0,085	0,406
Item 206	0,188	0,394
Item 208	0,158	0,388
Item 209	0,062	0,408
Item 210	0,174	0,378
Item 211	0,214	0,362
Item 212	0,534	0,185
Item 213	0,147	0,393

Da análise da consistência interna da primeira ($\alpha=0,642$) e segunda ($\alpha=0,409$) partes do instrumento, evoluímos para a análise deste indicador no resultado da aglutinação das duas partes do instrumento.

A primeira parte do instrumento avalia traços identitários e atitudes face à doença e ao regime terapêutico através de 44 itens e a segunda parte avalia a perceção do comportamento face ao regime terapêutico através de 12 itens. Analisando a consistência interna das duas partes do instrumento em conjunto (quadro 10), dado que contribuem para o mesmo construto, verificamos que o coeficiente de consistência interna global, na nossa amostra mostrou-se aceitável ($\alpha=0,695$), dentro dos parâmetros considerados (27).

Quadro 10: Análise da consistência interna do instrumento de caracterização do estilo de GRT (1.ª e 2.ª partes)

Partes do instrumento de caracterização do EGRT	N.º de itens	<i>Alpha de Cronbach</i> (n=93)
1.ª parte e 2.ª parte	56	0,695

Apesar de os resultados estatísticos indicarem a subida do valor de *Alpha de Cronbach*, se retirados alguns dos itens do instrumento, optámos por não o fazer por considerarmos que empobreceria a capacidade de avaliar a complexidade representacional de algo que não é diretamente medido: o estilo de GRT.

Sendo o coeficiente de *Alpha de Cronbach* muito útil na determinação da consistência interna de um instrumento, estamos conscientes que este poderá ser afetado por fatores: relacionados com o instrumento em si - número de itens, grau de dificuldade dos itens e a homogeneidade do teste; relacionados com o investigador - motivação e compreensão das instruções; e, ainda, relacionados com as características do participante (45). Consideramos que deverá ser tida em conta uma possível influência ditada pela desejabilidade social, uma vez que os participantes se encontram face a um profissional de saúde e, uma vez que se tratam de pessoas que frequentam a USF onde as investigadoras responsáveis pela colheita de dados exercem a sua atividade profissional.

Defendemos que, o facto de a colheita de dados ter sido efetuada por duas investigadoras conhecedoras de todo o processo de investigação e familiarizadas com o instrumento e instruções de preenchimento contribuiu para uma maior fiabilidade dos resultados. De igual forma, o interesse demonstrado pela maioria dos participantes quer pela participação, quer pela temática do estudo de investigação, indiciam uma elevada motivação dos mesmos e, portanto, menor índice de resposta ao acaso.

À luz do estudo de Bastos que visou criar uma teoria explicativa sobre o estilo de GRT, foram agrupados os itens que fazem parte do instrumento. Assim, cada item foi associado ao estilo de GRT correspondente. Existem itens que, fazendo parte do instrumento, não são específicos de nenhum dos estilos. Contudo, fazem parte de fatores como a flexibilidade ou o *locus* de controlo e são clinicamente importantes. É de crucial importância o seu conhecimento, para compreendermos a classificação por estilo atribuída a cada um dos participantes e que se baseia numa média do score obtido em cada um dos estilos de GRT.

Numa fase inicial da análise de dados e, com base nos scores de cada um dos estilos de GRT “puros”, identificamos 9 casos passíveis de serem incluídos na designação de estilo do GRT responsável. Mantendo os presentes critérios, não foi possível identificar nenhum caso de qualquer um dos restantes estilos de GRT. Na nossa perspetiva, tal resultado, prende-se com o facto de a técnica de amostragem ser de conveniência e, ter incidido sobre pessoas com diabetes, vigiadas na USF e que frequentam as consultas de vigilância. De acordo com Bastos, o estilo de GRT responsável é caracterizado por

constância dos cuidados preventivos e de manutenção, pelo que, vai de encontro à teoria de base que estas pessoas sejam assíduas nas suas consultas de vigilância. Por oposição, as pessoas com estilo de GRT negligente são aquelas que mais comumente faltarão às consultas ou que nem sequer estão referenciados para a mesma (38).

Foi realizada a análise descritiva dos resultados da aplicação do instrumento na amostra do presente estudo. Assim, com base nos critérios definidos, computamos os *scores* médios dos quatro estilos de GRT predomínios para cada um dos participantes deste estudo. A identificação do estilo de GRT predomínio resulta da análise conjunta dos quatro *scores* calculados, sendo sempre o *score* relativo ao estilo que predomina o mais elevado.

Emergiram 37 participantes com *score* compatível com estilo de GRT responsável ou com características do mesmo. Identificamos 13 participantes com estilo de GRT “combinado”. Em todos os casos, ao estilo responsável, o estilo associado foi o estilo de GRT formalmente guiado ou independente, não tendo sido identificado nenhum participante com estilo de GRT com predomínio responsável associado ao estilo negligente (tabela 12). Este resultado era, por nós, esperado, uma vez que a amostra inclui pessoas que frequentam a USF para as consultas de vigilância, o que pressupõe que estas percecionam a sua condição de doença como uma situação que requer cuidados de saúde.

Tabela 12: Distribuição dos participantes em função do estilo de GRT

Estilo de GRT	n	%
Responsável	9	9%
Predomínio responsável	28	28%
Responsável / Formalmente Guiados	7	7%
Responsável/ Independente	6	6%
Indeterminado	50	50%
Total	100	100%

Nos participantes com *score* igual ou superior a 3 em dois ou mais estilos e inferior a 2,5 nos restantes, o estilo de GRT foi considerado “combinado”. De acordo com Bastos, cada estilo de GRT pode oscilar:

“pode verificar-se que o estilo Independente se move entre o estilo responsável e o negligente, o que significa que varia de acordo com o nível de flexibilidade que assume, o nível de tentação a que é sujeito (pela influência do contexto e significativos como família, amigos, ambiente laboral, etc.) ou a que se permite (os prazeres). Outras variáveis são, no entanto,

relevantes nesta “oscilação”, é o caso do conhecimento/crenças errôneas sobre o regime terapêutico e do controlo, dimensionando-se entre o autocontrolo e a ausência de controlo, quando se aproxima da tentação” (4).

Nos restantes participantes o estilo de GRT foi denominado de estilo indeterminado, uma vez que apresentavam scores elevados em vários itens agregados a estilos distintos.

No que diz respeito ao estilo de GRT responsável, em associação com o estilo formalmente guiado, tendo em conta as características dos participantes, especialmente os mais idosos, poderão referir-se a pessoas que possuem algum grau de dependência dos profissionais de saúde, atribuindo-lhes o papel de interpretação das suas monitorizações e orientação do regime terapêutico e, portanto, sejam também assíduas às consultas de vigilância.

Encaramos a identificação de metade dos participantes com estilo de GRT indeterminado como uma oportunidade de melhoria, não deixando de ser uma forma de sinalização daqueles que, eventualmente, se possam encontrar numa situação de maior vulnerabilidade e risco de gestão ineficaz do regime terapêutico. Assim, a partir destes dados poderão ser encetadas medidas no sentido de analisar mais profundamente estes casos quanto às suas necessidades de cuidados e, procura ativa daqueles que, dado o método de amostragem utilizado, não foram abrangidos pelo estudo.

Uma vez que o estilo de GRT responsável predomina nesta amostra, na sua forma pura, predomínio ou combinado com outro estilo de GRT e, os restantes participantes, apresentam um estilo de GRT denominado indeterminado, optamos por agrupá-los em apenas duas categorias (tabela 13).

Tabela 13: Distribuição dos participantes em função do estilo de GRT (agrupados)

Estilo de GRT	n	%
Responsáveis gerais	50	50%
Indeterminados	50	50%
Total	100	100%

Com a aplicação do instrumento de caracterização do estilo de GRT não obtemos um score final mas sim um score em cada um dos estilos. É através da análise desses quatro scores que chegamos até ao estilo de GRT final.

Apresentamos, de seguida, na tabela 14, os resultados obtidos em cada um dos estilos de GRT: responsável, formalmente guiado, independente e negligente.

Tabela 14: Estatística descritiva dos resultados obtidos em cada um dos estilos de GRT

	n	Mínimo	Máximo	Média	DP
Responsável	100	1,65	4,00	3,35	0,453
Formalmente guiado	100	1,21	3,86	2,28	0,651
Independente	100	0,80	3,60	2,20	0,667
Negligente	100	0,00	3,00	1,08	0,797

Podemos observar o predomínio do estilo responsável, com o maior valor máximo e maior valor mínimo, contudo, e apesar da baixa média do estilo negligente não devemos ignorar o facto do valor máximo ser 3. Partindo da agregação que acima apresentamos, efetuamos a análise das associações entre os estilos de GRT e as principais variáveis sociodemográficas e dados clínicos da amostra estudada.

Através do teste *t* de *Student* (tabela 15) constatamos que os participantes com estilo de GRT pertencente ao grupo responsáveis gerais, apresentam maior nível de habilitações literárias quando comparados com os restantes ($t(98)=2,754$, $p=0,007$).

Tabela 15: Comparação estilo de GRT (agrupados) em função das habilitações literárias

Estilo de GRT	Habilitações literárias	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média (DP)		
Responsáveis gerais n=50	5,78 (3,11)	2,754	0,007
Indeterminados n=50	4,20 (2,60)		
Total N=100			

No estudo de Bastos, foi encontrado, tal como no presente estudo, nos participantes, um nível de escolaridade baixo; a maior parte dos participantes possui o quarto ano de escolaridade (59,1%), sendo a média de escolaridade é de 4,8 anos (4), apesar disso emerge um estilo que se aproxima do responsável.

A autora refere que, “*embora o conhecimento sobre a doença e sobre o regime terapêutico tenha relação com o nível educacional, não é condição necessária para o mesmo*” e invoca os resultados dos estudos de *McClelland*¹⁴, que suportam que “*as aptidões académicas não predizem o sucesso na vida e a performance no trabalho e que são enviesadas por fatores socioeconómicos*” (4).

Relativamente às restantes variáveis sociodemográficas e dados clínicos, apesar de existirem diferenças entre os dois estilos, estas não são estatisticamente significativas.

¹⁴ McClelland, David. Capítulo 1. Introdução. [autor do livro] Lyle Spencer e Signe Spencer. Competence at work. Models for superior performance. New York : John Wiley & Sons, Inc., 1993. In [http://www.amazon.com/Competence-Work-Models-Superior- Performance/dp/047154809X#reader_047154809X](http://www.amazon.com/Competence-Work-Models-Superior-Performance/dp/047154809X#reader_047154809X) apud (4)

Os participantes com estilo de GRT pertencente ao grupo responsáveis gerais obtiveram valores compatíveis com um melhor controlo da doença e gestão mais eficaz (média de IMC inferior, de PA inferior, TA diastólica inferior, de HbA1C inferior, de número de PGC nos últimos 30 dias superior e de valor mínimo de glicemia nos últimos 30 dias inferior) do que os participantes com estilo de GRT indeterminado (tabela 16). De acordo com Bastos, são as pessoas com estilo de GRT responsável que têm força necessária para se comprometer e manter o comportamento de acordo com as recomendações, aceitam e procuram ajuda quando necessária e aceitam os sacrifícios necessários a fim de alcançar um objetivo maior, pelo que, é compatível com um melhor controlo da doença (38).

Tabela 16: Comparação estilo de GRT (agrupados) em função da média das variáveis sociodemográficas e dados clínicos

Estilo de GRT	Idade	Anos diagnóstico	Idade diagnóstico	IMC	PA	TA sistólica	TA diastólica	HbA1C	N.º PGC	Glicemia mínimo	Glicemia máximo
						Média (DP)					
Responsáveis gerais n=50	62,60 (10,28)	10,02 (9,82)	52,54 (10,55)	30,10 (4,96)	104,32 (11,03)	127,86 (16,96)	71,10 (8,77)	6,36 (0,85)	17,76 (9,11)	99,72 (22,64)	170,12 (66,06)
Indeterminados n=50)	64,00 (12,01)	8,46 (7,23)	55,60 (12,81)	31,44 (6,19)	106,88 (13,47)	126,50 (17,99)	72,60 (9,91)	6,67 (0,99)	16,87 (7,97)	104,77 (25,75)	168,29 (55,31)
Total N=100											

Os participantes que se incluem no grupo denominado responsáveis gerais possuem uma média de idades inferior, de anos de diagnóstico superior e de idade de diagnóstico inferior, ou seja, são mais novos, mas com diabetes há mais tempo. O facto de serem os participantes com estilo de GRT englobado no grupo responsáveis gerais a terem uma maior duração de doença, vai de encontro ao que Bastos refere:

“O tempo é uma condição importante para os processos adaptativos, tendo-se verificado que o processo de transição saúde/doença faz emergir emoções, frequentemente negativas, criando necessidade de utilização de estratégias centradas na resolução de problemas” que “mostram ser mais adaptativas e estão associadas a melhores resultados no controlo da doença” (4).

Não se verificou associação significativa entre tipo de estilo de GRT (responsáveis gerais versus indeterminados) e sexo: $\chi^2(1) = 3,25$, $p = 0,109$ (tabela 16).

Relembramos o estudo observacional e transversal de *Primožic et al* que efetuou a comparação entre 297 participantes em programas de educação na diabetes e não

participantes, selecionados aleatoriamente, no qual não foram encontradas diferenças entre os dois grupos, no que diz respeito a idade, género, duração da diabetes, HbA1C, TA, IMC, proporção de pessoas com tratamento à base de ADO, escolaridade, entre outros (59). Tal como no nosso estudo, a amostra do supramencionado estudo apresenta uma maior prevalência do sexo masculino (58%) e uma baixa escolaridade em mais de metade dos participantes.

Esta é uma questão que nos leva a refletir que cada caso deve ser avaliado individualmente, não se supondo uma abordagem generalizada em que se assume que determinadas características sociodemográficas poderão ditar a forma como a pessoa gere o regime terapêutico e a doença, no caso do nosso estudo, ou a sua adesão a programas de educação, no caso do estudo de *Primožic et al.*

As variáveis “recurso à urgência” e “internamentos relacionados com a diabetes no último ano”, não foram submetidas a análise, uma vez que apresentaram valor nulo na amostra estudada.

A necessidade de recurso à urgência ou mesmo de internamento é, segundo Bastos, uma consequência da “ausência de uma adequada gestão da doença e do regime terapêutico” (4). Na nossa amostra, nenhum participante reportou esta necessidade, o que vai de encontro aos dados clínicos reportados, que expressam, particularmente no grupo dos responsáveis gerais, um melhor controlo da doença e uma menor utilização dos serviços de saúde diferenciados, quando não existe um acompanhamento suficiente nas unidades de cuidados de saúde primários.

Através do teste *t* de *Student* constatamos que os participantes com estilo de GRT pertencente ao grupo responsáveis gerais, apresentam um melhor resultado na soma de todas as dimensões na Escala de AACD quando comparados com os restantes (tabela 17), e esta diferença é estatisticamente significativa ($t(90)=3,247$, $p=0,002$). Isto traduz uma perceção de desempenho compatível com comportamentos desejáveis relacionados com o autocuidado da diabetes nos participantes com estilo de GRT do grupo responsáveis gerais, o que vem reforçar as diferenças existentes em relação aos dados clínicos e vai de encontro à teoria que serve de base ao nosso estudo.

Tabela 17: Comparação estilo de GRT (agrupados) em função da soma de todas as dimensões da Escala de AACD.

	Responsáveis gerais n=46	Indeterminados n=46	Total n=92	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média (DP)				
Escala de actividades de autocuidado com a diabetes (soma de todas as dimensões)	4,96 (0,74)	4,43 (0,83)	4,70 (0,83)	3,247	0,002

Consideramos premente analisar as diferenças entre os dois grandes grupos de estilos de GRT identificados, no que diz respeito às subescalas flexibilidade e *locus* de controlo e às 7 dimensões avaliadas pelo instrumento de caracterização do estilo de GRT, à luz da teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico, de Bastos 2012. Procedemos, então, à comparação das médias de cada uma das subescalas nos dois grandes grupos, cujos indicadores específicos se encontram identificados no capítulo Participantes e Métodos.

Na nossa amostra o coeficiente de *Alpha de Cronbach* para cada uma das dimensões foi de 0,330 para a flexibilidade e de 0,525 para o *locus* de controlo, como podemos verificar na tabela 18.

Tabela 18: Análise da consistência interna das subescalas flexibilidade e *locus* de controlo

Partes do instrumento de caracterização do EGRT	N.º de itens	<i>Alpha de Cronbach</i> (N=100)
Flexibilidade	20	0,330
Locus de controlo	16	0,525

O valor de *Alpha de Cronbach* da subescala flexibilidade poderia atingir, um valor de 0,489, se removido o item 124 e o valor de *Alpha de Cronbach* da subescala *locus* de controlo poderia atingir 0,566, se removido o item 123, porém, optamos por incluir todos os itens por serem considerados úteis a discriminação dos estilos de GRT.

Verificamos que existem diferenças significativas na flexibilidade ($t(98)=3,831$, $p<0,001$) e *locus* de controlo ($t(98)=5,106$, $p<0,001$) quando comparamos o grupo de participantes cujo estilo de GRT se inclui nos responsáveis gerais com os indeterminados (tabela 19). No que se refere à avaliação da flexibilidade, uma máxima flexibilidade corresponde ao mais elevado valor; relativamente ao *locus* de controlo, o maior valor refere-se ao *locus* de controlo interno. Verificamos, então que os responsáveis gerais apresentam maior flexibilidade e *locus* de controlo interno do que os participantes com estilo de GRT do grupo indeterminados.

Tabela 19: Comparação estilo de GRT (agrupados) em função da flexibilidade e locus de controlo

	Flexibilidade	Locus de controlo
	Média (DP)	
Responsáveis gerais n=50	3,16 (0,26)	2,94 (0,44)
Indeterminados n=50	2,90 (0,419)	2,51 (0,4069)
t	3,831	5,106
p	p<0,001	p<0,001

Apresentamos, de seguida, na tabela 20, os resultados obtidos em cada uma das subescalas.

Tabela 20: Estatística descritiva dos resultados obtidos em cada uma das subescalas flexibilidade e locus de controlo

	Mínimo	Máximo	Média
Flexibilidade	0,61	3,96	3,04
Locus de controlo	0,23	3,97	2,65

Os denominados responsáveis gerais apresentam maior score de flexibilidade o que reitera o que é defendido por Bastos: *“O estilo responsável é caracterizado por um grande controlo da situação, o que lhe permite uma maior flexibilidade do regime terapêutico, baseada no conhecimento e nas competências da pessoa (empowerment)”* (4).

O estilo de GRT formalmente guiado é caracterizado pela autora como uma situação que *“não permite flexibilidade do regime terapêutico, pelo contrário é um regime restritivo baseado, sobretudo, em comportamentos proibitivos. O estilo formalmente guiado caracteriza-se pela forma regular como o cliente cumpre as indicações”* (4). Dos 50 participantes do grupo responsáveis gerais, apenas 7 apresentavam estilo de GRT “combinado”, com junção entre responsável e formalmente guiado, pelo que não se pensa serem estes casos a contribuir para o elevado score de flexibilidade no grupo dos responsáveis gerais.

O score mais elevado na subescala que avalia o locus de controlo, expressa a presença de um locus de controlo interno. Este é encontrado no grupo dos responsáveis gerais o

que, segundo Bastos, facilita *“uma atitude ativa face à situação, aceitando os tratamentos e acreditando nos profissionais de saúde”*. Estas pessoas são *“independentes e autodeterminadas”* e *“têm dificuldade em aceitar situações de dependência”* (4). Este resultado vai de encontro à evidência de melhor controlo da doença neste grupo, uma vez que *“face a pessoas que têm locus de controlo interno se consegue incentivar facilitando a consciencialização de resultados positivos e de mudança no status”* (4).

O estilo de GRT negligente, é caracterizado pela não valorização da condição de saúde e, o facto de não ter sido identificado nenhum participante com este estilo de GRT na nossa amostra é expectável, uma vez que é presumidamente constituído por pessoas que não recorrem aos cuidados de saúde primários.

Para efeitos de exploração das correlações entre as subescalas acima apresentadas e a soma de todas as dimensões da Escala de AACD, recorremos ao teste *Rho de Spearman*, explanado na seguinte tabela, onde se verifica existirem correlações com significado estatístico entre a soma de todas as dimensões da Escala de AACD e as dimensões flexibilidade e *locus* de controlo e entre estas duas dimensões, igualmente.

Tabela 21: Matriz de correlações entre a soma de todas as dimensões da Escala de AACD e as subescalas flexibilidade e *locus* de controlo

		Soma 6 dimensões Escala AACD	<i>Locus</i> de controlo
Flexibilidade	Rho Spearman	0,233	0,358
	<i>p</i>	0,025	<0,001
<i>Locus</i> de controlo	Rho Spearman	0,365	-
	<i>p</i>	<0,001	-

Estes resultados permitem-nos inferir que, nesta amostra, uma maior flexibilidade e *locus* de controlo interno dos participantes, explicam o comportamento considerado mais desejável refletido na soma de todas as dimensões da escala AACD.

Procedemos à análise, nos dois grandes grupos de estilos de GRT identificados, de acordo com as 7 dimensões *locus* de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face à doença, atitude face ao regime e interação com os profissionais.

Apresentamos, de seguida, na tabela 22, os valores do coeficiente de *Alpha de Cronbach* para cada uma das dimensões, obtido na nossa amostra.

Tabela 22: Análise da consistência interna das subescalas *locus* de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face à doença, atitude face ao regime e interação com os profissionais

Partes do instrumento de caracterização do EGRT	N.º de itens	Alpha de Cronbach (n=100)
Locus de controlo interno	6	0,559
Tomada de decisão	5	0,070
Autodeterminação	6	0,360
Autoeficácia	16	0,450
Atitude face à doença	12	0,299
Atitude face ao regime	3	0,674
Interação com profissionais	5	0,317

A análise da consistência interna das subescalas flexibilidade e *locus* de controlo, resultou num valor abaixo do que é considerado aceitável. De igual, forma, o valor do *Alpha de Cronbach* das sete dimensões: *locus* de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face à doença, atitude face ao regime e interação com os profissionais, foi baixo, à exceção da subescala autoeficácia ($\alpha=0,674$). Consideramos, no entanto que, os dados que estas fornecem, à luz da teoria explicativa sobre o estilo de GRT (4) e a evidência de correlações existentes entre estas e a Escala de AACD, poderão indiciar que deverão ser tidos em conta os resultados que produzem. Não esquecendo que, “O valor de fiabilidade estimado pelo α não é uma característica de um instrumento. É uma estimativa da fiabilidade dos dados obtidos que nos podem informar sobre a precisão do instrumento” (60). É através da evidência que o instrumento mede o que pretende medir que se aumenta a confiança na validade do mesmo (50).

Seguem-se os resultados obtidos pelos participantes, em cada uma das sete subescalas (tabela 23).

Tabela 23: Estatística descritiva dos resultados obtidos em cada uma das subescalas (*locus* de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face à doença, atitude face ao regime e interação com os profissionais)

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Locus de controlo interno	0,67	4,00	2,30	0,919
Tomada de decisão	0,80	4,00	2,59	0,599
Autodeterminação	0,67	4,00	2,98	0,745
Autoeficácia	0,00	4,00	3,42	0,476
Atitude face à doença	1,47	3,76	2,66	0,946
Atitude face ao regime	2,38	3,92	3,19	0,643
Interação com profissionais	0,80	4,00	3,08	0,305

Verificamos que existem diferenças significativas na tomada de decisão ($t(98)=2,358$, $p=0,021$), na autodeterminação $t(98)=3,302$. $p=0,010$, na autoeficácia $t(98)=5,117$, $p<0,001$, atitude face ao regime $t(98)=2,170$, $p=0,032$ e interação com os profissionais

($t(98)=4,441$, $p<0,001$) quando comparamos o grupo de participantes cujo estilo de GRT se inclui nos responsáveis gerais com os de estilo de GRT indeterminado. Relativamente ao *locus* de controlo interno e à atitude face à doença, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos (tabela 24).

Tabela 24: Comparação estilo de GRT (agrupados) em função da tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face ao regime e interação com os profissionais

	Tomada de decisão	Autodeterminação	Autoeficácia	Atitude face ao regime	Interação profissionais
	Média (DP)				
Responsáveis gerais n=50	2,73 (0,44)	3,22 (0,53)	2,88 (0,41)	3,21 (0,62)	3,32 (0,24)
Indeterminados n=50	2,46 (0,68)	2,75 (0,86)	2,44 (0,44)	2,94 (0,65)	3,07 (0,32)
t	2,358	3,302	5,117	2,170	4,441
p	0,021	0,010	<0,001	0,032	<0,001

As diferenças significativas entre o grupo dos responsáveis gerais e o grupo dos indeterminados, relativamente às sete subescalas definidas no capítulo Participantes e Métodos, prende-se, sob a nossa perspetiva, com as características inerentes ao estilo de GRT responsável que, segundo Bastos, se refletem numa procura de informação e colocação de questões aos profissionais para a tomada de decisão em saúde (tomada de decisão); numa atitude de procura e autonomia (autodeterminação); numa força de vontade necessária para se comprometer e manter comportamento de acordo com as recomendações (autoeficácia); numa consciência do elevado risco de recorrência e de fragilidade do equilíbrio que implica forte necessidade de controlo, mantendo cuidados preventivos e de manutenção(atitude face ao regime terapêutico); e numa aceitação e procura de ajuda quando necessária (interação com os profissionais). Podemos inferir que a diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos no que diz respeito às habilitações literárias determina um melhor resultado em cinco das sete dimensões acima avaliadas, ou seja, quanto mais anos de escolaridade melhores competências de tomada de decisão, mais autodeterminação e autoeficácia, atitude face ao regime mais desejável e interação com profissionais mais favorável.

Apresentamos, de seguida, a predominância de sexo feminino e masculino em cada um dos grandes grupos (tabela 25).

Tabela 25: Comparação estilo de GRT (agrupados) em função do sexo

	Homens	Mulheres	Total
Responsáveis gerais	31	19	50
Indeterminados	22	28	50
Total	53	47	

Não foi identificada correlação significativa em relação ao sexo, quando comparados os dois grandes grupos: $X^2(1) = 3.025$, $p = 0,109$.

Apresentamos, na tabela 28, os resultados obtidos por homens e mulheres, em cada uma das sete subescalas, onde as correlações com significado estatístico estão assinaladas a negrito.

Tabela 26: Estatística descritiva dos resultados obtidos em cada uma das subescalas (*locus* de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face à doença, atitude face ao regime e interação com os profissionais) por sexo

	Homens n=53	Mulheres n=47	<i>t</i>	<i>p</i>
	Média (DP)			
Locus de controlo interno	2,37 (0,88)	2,23 (0,96)	-0,768	0,444
Tomada de decisão	2,65 (0,49)	2,54 (0,10)	-0,889	0,377
Autodeterminação	3,03 (0,76)	2,93 (0,11)	-0,622	0,535
Autoeficácia	2,71 (0,46)	2,61 (0,73)	-1,071	0,287
Atitude face à doença	3,68 (0,72)	3,12 (0,16)	-3,000	0,004
Atitude face ao regime	3,17 (0,63)	2,97 (0,10)	-1,513	0,133
Interação com profissionais	3,26 (0,29)	3,12 (0,045)	-2,390	0,019

Quando comparamos mulheres com homens relativamente às sete subescalas acima identificadas, encontramos diferenças significativas nas subescalas atitude face à doença ($t(98) = -3,000$, $p = 0,004$) e interação com os profissionais ($t(98) = -2,390$, $p = 0,019$).

Relativamente ao *locus* de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia e atitude face ao regime não foram encontradas diferenças significativas por sexo, apesar de se verificar que em todas as dimensões os homens, obtiveram, em média, um resultado superior ao das mulheres.

Em relação à dimensão atitude face à doença, o facto de não terem sido encontradas diferenças significativas entre responsáveis gerais e indeterminados, ao contrário do que

foi encontrado na comparação entre sexos feminino e masculino, constitui, a nosso ver, um dado relevante.

Bastos diz-nos que, a

“atitude de proteção está associada ao papel anterior que desempenhavam na família, ou seja, quando a pessoa agora doente era a principal responsável pela tomada de decisão na família, reconhecida e/ou assumida como a principal fonte de suporte familiar, sente a necessidade de, mesmo estando na situação de maior fragilidade, não o demonstrar, no sentido de manter a estabilidade e segurança familiar, indispensável para o bom funcionamento da mesma. Tentam manter o papel de “chefe de família”, encontrando-se mais frequentemente associado ao sexo masculino” (4).

Uma vez que, na nossa amostra, existe um número significativo de mulheres pertencentes à população inativa, por oposição à percentagem de homens que se enquadram na população ativa (empregados, desempregados ou reformados), poderemos estar na presença do fenómeno acima mencionado, em que os homens, mesmo em situação de vulnerabilidade, evitam expor a sua perspetiva. De salientar também como possível fator influenciador o papel social atribuído ao homem de responsável pelo sustento da família.

O estudo *French DIABASIS*, tal como o presente estudo baseado no auto-relato, evidencia claras diferenças na perceção e autogestão da diabetes entre homens e mulheres, sendo que são estas que encaram a doença com maior seriedade, reportam um maior impacto da doença na vida quotidiana e demonstram maior envolvimento na sua autogestão (34).

Em relação à dimensão interação com os profissionais, poderemos analisar a divergência entre os homens e as mulheres à luz daquilo que Bastos denomina como isolamento social. A autora refere que, no contexto do seu estudo:

“identificamos isolamento social como o Status social referente à interação social diminuída, podendo ser forçado por condições de doença ou pelas suas manifestações, dificuldades em se movimentar ou dificuldades em se relacionar. [...] Está relacionado com emoções como a solidão, depressão e tristeza, sendo mais frequente entre quem vive só (família unipessoal), sobretudo mulheres (sexo) e viúvas (estado civil). O isolamento social está associado com a ineficácia da gestão do regime terapêutico” (4).

Sendo a viuvez prevalente nos participantes do sexo masculino da amostra do presente estudo, poderemos estar perante uma situação em que o isolamento social determina uma dificuldade de relacionamento que se reflete na interação com os profissionais de saúde.

Observamos, na nossa amostra, existir correlação significativa entre seis das sete variáveis acima apresentadas com a soma de todas as dimensões da Escala de AACD. Entre algumas das sete escalas entre si também se verificam correlações significativas.

Para efeitos de exploração das referidas correlações, recorreremos ao teste *Rho de Spearman*, explanado na seguinte tabela, onde as correlações com significado estatístico estão assinaladas a negrito.

Tabela 27: Matriz de correlações entre a soma de todas as dimensões da Escala de AACD e as 7 subescalas (*locus* de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face à doença, atitude face ao regime, interação profissionais)

		<i>Locus</i> de controlo interno	Tomada de decisão	Autodeterminação	Autoeficácia	Atitude face à doença	Atitude face ao regime	Interação profissionais
Soma 6 dimensões Escala AACD	<i>Rho Spearman P</i>	0,221 0,034	0,124 0,240	0,232 0,026	0,368 <0,001	0,312 0,002	0,398 <0,001	0,252 0,015
Locus de controlo interno	<i>Rho Spearman P</i>	- -	0,127 0,207	-0,100 0,323	0,477 <0,001	0,164 0,104	0,193 0,54	0,122 0,225
Tomada de decisão	<i>Rho Spearman P</i>		- -	0,280 0,005	0,368 <0,001	0,052 0,607	0,196 0,050	0,288 0,004
Autodeterminação	<i>Rho Spearman P</i>			- -	0,189 0,060	0,165 0,101	0,128 0,203	0,459 <0,001
Autoeficácia	<i>Rho Spearman P</i>				- -	0,287 0,004	0,278 0,005	0,415 <0,001
Atitude face à doença	<i>Rho Spearman P</i>					- -	0,247 0,013	0,239 0,016
Atitude face ao regime	<i>Rho Spearman P</i>						- -	0,227 0,023
Interação profissionais	<i>Rho Spearman P</i>							- -

Fomos, posteriormente, analisar, a existência ou não de correlações significativas entre as 7 variáveis acima apresentadas com algumas variáveis sociodemográficas e dados

clínicos: idade, habilitações literárias, anos de diagnóstico, idade de diagnóstico, IMC, HbA1C, valor mínimo e máximo de glicemia nos últimos 30 dias e avaliação do risco de úlcera de pé diabético no último ano. Entre algumas destas variáveis verificam-se correlações estatisticamente significativas (tabela 26).

Para efeitos de exploração das referidas correlações, recorreremos ao teste *Rho de Spearman*, apresentado na seguinte tabela, onde as correlações com significado estatístico estão assinaladas a negrito.

Tabela 28: Matriz de correlações entre soma de todas as dimensões Escala AACD, as 7 subescalas (*locus* de controlo interno, tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face à doença, atitude face ao regime e interacção com os profissionais) e variáveis sociodemográficas e dados clínicos

		Idade	Habilitações literárias	Anos de diagnóstico	Idade de diagnóstico	IMC	HbA1C	Valor mínimo glicemia	Valor máximo glicemia	Risco de úlcera
Soma 6 dimensões Escala AACD	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>	-0,086 0,145	-0,033 0,753	0,177 0,091	-0,215 0,040	-0,213 0,041	0,065 0,541	-0,189 0,189	0,111 0,441	0,069 0,518
Locus de controlo interno	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>	-0,036 0,719	0,055 0,586	0,107 0,291	-0,144 0,258	-0,122 0,228	0,026 0,796	0,004 0,979	-0,007 0,961	0,071 0,483
Tomada de decisão	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>	0,201 0,045	0,237 0,018	-0,116 0,252	-0,110 0,277	0,023 0,820	0,002 0,988	0,171 0,208	0,057 0,678	0,105 0,301
Autodeterminação	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>	-0,223 0,026	0,230 0,021	-0,167 0,097	-0,093 0,356	0,067 0,505	-0,149 0,143	0,079 0,891	0,114 0,404	0,083 0,413
Autoeficácia	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>	0,201 0,045	0,181 0,071	0,077 0,447	0,248 0,013	-0,045 0,656	0,024 0,818	-0,168 0,217	0,008 0,952	0,022 0,831
Atitude face à doença	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>	0,025 0,804	-0,033 0,742	0,067 0,508	-0,029 0,775	0,322 0,001	0,200 0,049	-0,212 0,117	-0,102 0,457	0,056 0,584
Atitude face ao regime	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>	-0,041 0,684	0,157 0,118	-0,013 0,901	-0,028 0,786	-0,015 0,126	0,019 0,856	-0,014 0,916	-0,002 0,990	0,042 0,682
Interação profissionais	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>	-0,165 0,100	0,333 0,001	-0,161 0,110	-0,046 0,651	-0,194 0,053	-0,163 0,110	-0,160 0,238	-0,176 0,195	-0,104 0,308
Idade	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>	- -	-0,415 <0,001	0,306 0,002	0,720 <0,001	-0,192 0,056	-0,153 0,133	-0,229 0,089	-0,050 0,717	0,108 0,288
Habilitações literárias	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>		- -	-0,179 0,074	0,262 0,009	-0,139 0,167	-0,087 0,393	0,129 0,344	0,019 0,887	-0,104 0,306
Anos de diagnóstico	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>			- -	-0,439 <0,001	-0,181 0,071	0,036 0,726	-0,240 0,074	0,117 0,391	-0,032 0,754
Idade de diagnóstico	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>				- -	-0,046 0,649	-0,170 0,094	-0,052 0,703	-0,117 0,390	0,133 0,189
IMC	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>					- -	0,198 0,051	0,276 0,040	0,191 0,158	-0,020 0,844
HbA1C	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>						- -	0,388 0,003	0,508 <0,001	-0,035 0,187
Valor mínimo glicemia	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>							- -	0,430 0,001	-0,012 0,929
Valor máximo glicemia	<i>Rho Spearman</i> <i>P</i>								- -	-0,083 0,542

Em síntese, o coeficiente de consistência interna global, do instrumento de caracterização do estilo de GRT, na nossa amostra, mostrou-se aceitável ($\alpha=0,695$).

Emergiram 37 participantes com *score* compatível com estilo de GRT responsável ou com características do mesmo e 13 participantes com estilo de GRT “combinado”. Não foi identificado nenhum participante com estilo de GRT com predomínio responsável associado ao estilo negligente.

Os participantes com estilo de GRT pertencente ao grupo responsáveis gerais, têm mais anos de escolaridade, são mais novos, mas com diabetes há mais tempo, apresentam maior flexibilidade, *locus* de controlo interno e um melhor resultado na soma de todas as dimensões na Escala de AACD do que os participantes com estilo de GRT indeterminado. No que diz respeito às dimensões tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face ao regime e interação com os profissionais, são os participantes com estilo de GRT pertencente ao grupo responsáveis gerais que apresentaram melhores resultados.

Os homens evidenciaram uma mais adequada atitude face à doença e interação com os profissionais do que as mulheres.

O instrumento de caracterização de estilo de GRT revelou ter capacidade discriminatória.

3.3. Reflexões que Emergem da Aplicação do Instrumento

O instrumento mostrou-se de aplicação relativamente rápida (15 a 20 minutos), através de entrevista, e de fácil compreensão para os participantes. Em determinados contextos, em que o tempo é escasso para os cuidados e a disponibilidade do enfermeiro é menor, o seu preenchimento, poderá ser considerado um fator limitativo. Ponderando a quantidade de informação que é colhida pelo instrumento e o potencial benefício, consideramos que o tempo de preenchimento não é excessivo. Os itens que o compõem estão cuidadosamente formulados, aproximando a aplicação do instrumento a uma conversa quase informal, o que reduz o “peso” de avaliação. É passível de aplicação em pessoas com diferentes doenças crónicas, que poderão ser concomitantes, não exigindo formação específica, sendo, por isso, acessível a todos os profissionais e de baixo custo. Devemos salientar que, verificamos no decorrer da aplicação do instrumento que, algumas das afirmações que constam do instrumento, poderão implicar reformulações para esclarecimento e exigir maior tempo de resposta devido à necessidade de reflexão/introspeção por parte do respondente. É importante ressaltar que muitas

peessoas demonstraram agrado com o interesse pelos aspetos que o instrumento aborda e mostraram, de uma forma geral, sentir-se confortáveis face ao modelo de aplicação do mesmo.

Apesar de não ter sido efetuado um registo sistematizado das necessidades de reformulação ou esclarecimento das afirmações, e de não fazer parte dos objetivos do trabalho, a análise das duas responsáveis pela colheita de dados revelou-se muito coincidente. As questões que mais frequentemente exigiram reformulação ou esclarecimento foram:

- “Define os resultados em relação à sua saúde (peso, glicemia, TA, etc.)”;
- “Planeia com antecedência as acções sobre a sua saúde (autovigilância, consultas, exercício, alimentação etc.)”.

Nestes dois casos, houve recurso a exemplos compatíveis com as atividades realizadas pelos participantes, relacionadas com a diabetes.

- “Não mudou nada na sua vida por ter esta doença”.

Neste caso, tanto para o participante como para o investigador, a afirmação solicita um raciocínio mais demorado por estar formulada pela negativa. Na maioria dos casos, quando o participante, queria transmitir que a doença não mudou a sua vida, respondia com a própria afirmação: “Não mudou na minha vida”, equivalendo a um *score* de 4.

O desafio de uma correta avaliação e tratamento das pessoas com diabetes tipo 2 nos cuidados de saúde primários está, atualmente, sob apertado escrutínio, especialmente tendo em conta o potencial impacto relacionado com o controlo da doença e redução dos custos que esta imputa no sistema de saúde. Assim, a principal vantagem do instrumento, além das propriedades psicométricas, é a sua utilidade clínica, uma vez que, ao identificar o estilo de GRT da pessoa, possibilita a sinalização das pessoas em situação de vulnerabilidade e em maior risco de uma gestão ineficaz do regime terapêutico.

A aplicação do instrumento de caracterização do estilo de GRT permite ao enfermeiro a identificação do estilo de GRT, no sentido de melhor selecionarem as terapêuticas de enfermagem promotoras de uma gestão mais eficaz. Contribui-se, assim, para que a pessoa beneficie de cuidados mais coerentes com as suas perceções e projeto de vida. A partir destes pressupostos emerge como implicação para a prática de enfermagem, o

contributo para uma gestão da diabetes mais eficaz, redução de complicações e agudizações da doença e custos inerentes à doença.

CONCLUSÕES

Nesta fase de término do percurso de investigação, importa tecer algumas considerações sobre o decurso do estudo. Além do processo metodológico, urge refletir sobre as limitações que possam ter influenciado a avaliação e interpretação dos resultados e os contributos desta investigação, identificando propostas para estudos futuros.

O tema em estudo pressupõe o contacto com pessoas nas quais a diabetes induziu um processo de transição do tipo saúde-doença. A avaliação efetiva pelo enfermeiro da forma como as pessoas gerem a doença e o regime terapêutico, ao longo do percurso adaptativo, poderá contribuir para uma adequação das intervenções de enfermagem, proporcionar cuidados contínuos e sistematizados e melhorar a qualidade da assistência prestada.

Partindo de uma revisão da produção científica atual, com recurso às bases de dados EBSCO e *Elsevier*, procurámos identificar instrumentos utilizados na avaliação dos fatores que favorecem ou dificultam a GRT na pessoa com diabetes tipo 2. Concluímos não existirem instrumentos de avaliação capazes de o fazer de forma abrangente e discriminatória, que nos permitam conhecer atributos pessoais, atitudes e comportamentos.

O recurso a instrumentos que nos permitam antecipar dificuldades na GRT que promovam intervenções de enfermagem mais dirigidas para as características individuais poderão potenciar a obtenção de melhores resultados no controlo da doença, impedir as complicações e conter os custos associados.

No sentido de contribuir para a validação do instrumento de caracterização do estilo de GRT, que acreditamos poder colmatar a lacuna identificada, encetamos um estudo metodológico que procedeu à avaliação das propriedades psicométricas do referido instrumento com sucesso, permitiu uma profícua reflexão sobre a prática e fez emergir a importância da monitorização dos ganhos em saúde neste contexto, de modo a inspirar a tomada de decisão no âmbito das políticas de saúde.

Relativamente à amostra do presente estudo, de referir que esta foi constituída maioritariamente por homens, com idade média de 63 anos, casados e reformados. A maioria classifica o seu rendimento familiar como suficiente para aquisição de medicamentos e alimentos e têm, em média, 5 anos de escolaridade. É de salientar que o diagnóstico de diabetes surgiu quando os participantes detinham entre 40 e 60 anos, em média há cerca de 9 anos. Um pouco mais de metade dos participantes praticam exercício físico, sendo que a quase totalidade apresenta excesso de peso ou obesidade e PA de risco. A globalidade dos participantes estão medicados com ADO, realizam automonitorização da glicemia em jejum de forma adequada e mantêm a sua vigilância na USF. Apresentam TA e HbA1C controladas, sem necessidade de recurso à urgência ou episódios de internamento relacionados com a doença e com ocorrência diminuta de complicações.

No que diz respeito à análise da consistência interna do instrumento, esta foi confirmada pelos valores dos coeficientes *alfa de Cronbach* ($\alpha=0,695$) na escala conjunta da primeira e segunda partes do instrumento. Através da sua aplicação na nossa amostra, foi possível identificar 37 participantes com *score* compatível com estilo de GRT responsável ou com características do mesmo e 13 participantes com estilo de GRT “combinado” com o estilo formalmente guiado ou independente. Conforme expectável, dado o método de amostragem utilizado, não foi identificado nenhum participante com estilo de GRT negligente ou com predomínio responsável associado ao estilo negligente como teoricamente era previsível.

Os participantes foram agrupados em “responsáveis gerais” e “indeterminados”, de acordo com o estilo de GRT identificado, sendo que os primeiros têm mais anos de escolaridade, são mais novos, mas com diabetes há mais tempo, apresentam maior flexibilidade, predominância de *locus* de controlo interno e um melhor resultado na soma de todas as dimensões na Escala de AACD do que os participantes com estilo de GRT indeterminado.

No que diz respeito às dimensões tomada de decisão, autodeterminação, autoeficácia, atitude face ao regime e interacção com os profissionais, são os participantes com estilo de GRT pertencente ao grupo responsáveis gerais que apresentaram melhores resultados.

Verificamos diferenças na atitude face à doença e à interacção com os profissionais quando comparamos homens e mulheres, sendo que os homens apresentam uma atitude

mais facilitadora face à doença e mais facilidade em interagir com os profissionais de saúde do que as mulheres.

O instrumento de caracterização do estilo de GRT foi considerado fiável e preciso, sugerindo-se a sua utilização na investigação. Avalia com sucesso o estilo de GRT revelando elevada utilidade clínica dada a capacidade discriminatória de identificar pessoas em maior risco de gestão ineficaz do regime terapêutico, identificando os aspetos suscetíveis de serem modificados por intervenções de enfermagem e, permitindo avaliar a monitorização ao longo do tempo. A validação do instrumento, nesta população, serve igualmente para aumentar a fidelidade desta escala e viabilizar a sua utilização em outras investigações.

Se, inicialmente, foram previstas dificuldades relacionadas com a possibilidade de interferência do papel de enfermeira da prática de cuidados com o papel de investigadora, nesta fase de reflexão constamos que, pelo contrário, esta condicionante possivelmente permitiu que a colheita de dados fluísse de forma natural, resultando num benefício mútuo.

Uma das principais limitações identificadas diz respeito à impossibilidade de generalização de resultados, dado o tamanho da amostra e o método amostral utilizado. Este facto, não desvaloriza a importância dos resultados obtidos a partir de um processo caracterizado pelo rigor.

A ausência de avaliação da consistência das respostas através da aplicação em diferentes momentos, é, também uma limitação deste estudo. Contudo, dada a limitação temporal imposta pelo processo académico, não formulamos esse objetivo que poderá servir de plataforma para estudos futuros, de carácter longitudinal, que possam avaliar a eficácia de intervenções adequadas ao estilo de GRT identificado.

Ainda que a pesquisa nas bases de dados tenha sido estruturada, poderão ter ficado por incluir publicações não captadas pelos nossos termos de pesquisa e pelo filtro imposto pela seleção das bases de dados. Além disso, os estudos que emergiram reportam experiências que não as da realidade portuguesa e, sendo estudos heterogéneos, não permitem retirar conclusões quantitativas a partir dos mesmos.

O prazo, inicialmente previsto para o início da colheita de dados, não foi cumprido, dada a necessidade de aguardar a obtenção de parecer de comissão de ética, pelo que se atrasou a organização e o tratamento dos dados.

Os dados recolhidos foram autoreportados, o que poderá reduzir a validade da informação. Estamos conscientes que há possibilidade de terem ocorrido enviesamentos fruto do efeito de desejabilidade social.

A análise dos dados recolhidos revelou-se complexa e intrincada, o que se associa ao facto de o conceito em análise ser, ele próprio, multidimensional e inesgotável.

A amostra abrangida pelo estudo, além de incluir apenas pessoas que mantêm a sua vigilância de saúde da USF, representa um grupo de pessoas com diabetes tipo 2, na sua maioria, com evidência de um bom controlo da doença. Afigura-se-nos pertinente a aplicação do mesmo instrumento, em estudos próximos, em populações com diferentes características, nomeadamente, pessoas assistidas em cuidados domiciliários, institucionalizadas ou que recorrem à USF ou à urgência em situação aguda, possivelmente associada a descontrolo da doença.

O instrumento de caracterização do estilo de GRT mostrou ser um instrumento adaptado para avaliar o estilo de GRT, em pessoas com diabetes tipo 2. Foi bem aceite pelos participantes, constituindo-se como um instrumento independente e específico. No entanto, os resultados aqui apresentados, sugerem a necessidade de se realizarem novos estudos que permitam assegurar a sua fidelidade e validade na sua aplicação neste e noutros contextos, uma vez que, *“Só o uso repetido do instrumento com diferentes amostras nos indica algo sobre a validade do processo inferencial: um instrumento que repetidamente gera dados fiáveis pode dizer-se, com maior confiança, fiável”* (60).

A sua utilização clínica, por certo, propiciaria um melhor registo das informações e, principalmente em unidades de saúde onde ocorra substituição dos profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados a um determinado grupo de pessoas, melhoraria a qualidade e continuidade dos cuidados prestados à pessoa com diabetes.

Como questões importantes para futuras investigações, identificamos o esclarecimento de qual ou quais as características de cada estilo de GRT que deverão ser trabalhadas prioritariamente de modo a melhorar resultados (*outcomes*), as estratégias, as circunstâncias e, a discriminar positivamente as pessoas com mais necessidades.

Ter em conta o estilo de GRT na implementação de intervenções dirigidas à pessoa com diabetes tipo 2 poderá beneficiá-las no seu esforço em atingir resultados satisfatórios.

Em suma, o instrumento de caracterização do estilo de GRT, por ser um instrumento de fácil aplicação, completo e, ainda assim, flexível, torna-se útil para ser aplicado pelos enfermeiros na sua prática. Sendo sensível a mudanças que possam ocorrer na forma como a pessoa gere a doença e o regime terapêutico ao longo do tempo, esta pode ser uma ferramenta de apoio na identificação das pessoas em maior risco de gestão ineficaz do regime terapêutico, que pode predispor a um mais precário controlo da doença e a uma vivência da transição saúde-doença desadequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions – building blocks for action: Global report. [Web page] Geneva: WHO; 2002 [citado em 2014, 19 Setembro]. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf>.
2. Correia L, Boavida J, Almeida J, Cardoso S, Doreis J, Duarte J et al. Diabetes: Factos e Números 2013 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia; 2013 [citado em 2014, xx Setembro]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-2013.aspx>; p. 6, 9, 10, 18, 47, 48, 65.
3. Conselho Internacional de Enfermeiros. Servir a comunidade e garantir a qualidade: enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. [Web page] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2010 [citado em 2014, 19 Setembro]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf.
4. Bastos F. A pessoa com doença crónica - uma teoria explicativa sobre a problemática da doença e do regime terapêutico. Porto: Universidade Católica Portuguesa; 2012.
5. Meleis A, Sawyer M, Im O, Hilfinger K, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in nursing science*. 2000 [citado em 2014, 26 Setembro]; 23(1): Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970036>; p. 28, 32, 33, 57, 59, 63, 101, 271, 272, 279, 283, 299, 301, 309, 316, 318, 319, 320, 327, 335, 366, 368.
6. Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016-versão resumo. [Web page] Lisboa: DGS; 2013 [citado em 2014, 19 Setembro]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>; p. 33.
7. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 6ªed. Bruxelas: IDF; 2013 [citado em 2014, 19 Setembro]. Disponível em: http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Exec_Sum_0.pdf.
8. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 6ªed. Bruxelas: IDF; 2013 [citado em 2014, 19 Setembro]. Disponível em: http://www.idf.org/sites/default/files/EN_6E_Atlas_Full_0.pdf.
9. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2014 - Saúde: Síndrome de Negação. Portugal: OPSS; 2014 [citado em 2014, 19 Setembro]. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>; p. 40, 63.
10. World Health Organization. World Health Statistics 2014. [Web page] Geneva: WHO; 2014 [citado em 2014, 19 Setembro]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf.

11. World Health Organization. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. [Web page] Geneva: WHO; 2006 [citado em 2014, 19 Setembro]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594934_eng.pdf?ua=1.
12. Mosnier-Pudar H, Hochberg G, Eschwege E, Halimi S, Virally ML, Guillausseau PJ, et al. How patients' attitudes and opinions influence self-care behaviours in type 2 diabetes. *Diabetes & metabolism*. 2010 [citado em 2014, 26 Setembro]; 36 (6): Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20947405>.
13. Lorig K, Holman H. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003 [citado em 2014, 19 Setembro]; 26 (1): Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12867348>
14. Grillo M, Neumann C, Scain S, Rozeno R, Gross J, Leitão C. Effect of different types of self-management education in patients with diabetes. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [serial on the Internet]. 2013 [citado em 2014, 19 Setembro]; 59(4): Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000400021&lng=en; p. 401, 402.
15. Stuckey H, Dellasega C, Graber N, Mauger D, Lendel I, Gabbay R. Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): study design and baseline characteristics in the Chronic Care Model for type 2 diabetes. *Contemp Clin Trials*. 2009 [citado em 2014, 19 Setembro]; 30(4): Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2740652/>.
16. World Health Organization. Diabetes Programme. [Web page] Geneva: WHO; 2014 [citado em 2014, 24 Agosto]. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/goal/en/>
17. International Diabetes Federation. Position statement: Self-management education - Diabetes Self-Management Education: A Right for All. [Web page] Bruxelas: IDF; 2013 [citado em 2014, 24 Agosto]. Disponível em: <http://www.idf.org/education/self-management-education>.
18. Associação Protetora de Diabéticos de Portugal. Estatutos da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. [Web page] Lisboa: APDP; 2014 [citado em 2014, 24 Agosto]. Disponível em: <http://www.apdp.pt/index.php/a-minha-apdp/apdp/estatutos>.
19. European Association For The Study Of Diabetes. The mission of EASD is to promote excellence in diabetes care through research and education. [Web page] Düsseldorf: EASD; 2014 [citado em 2014, 30 Agosto]. Disponível em: http://www.easd.org/index.php?option=com_content&view=article&id=140&Itemid=444
20. Boavida JM. PNPCD: Prevenção da Diabetes e a Promoção de Saúde 2010 [cited 2014 30/08/2014]. Available from: <http://pns.dgs.pt/2010/06/02/pnpcd/>
21. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2013-Duas Faces da Saúde. Portugal: OPSS; 2013 [citado em 2014, 19 Setembro]. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013_0.pdf
22. Direção Geral da Saúde. Gestão Integrada da Doença e Inovação. [Web page] Lisboa: DGS; 2014 [citado em 2014, 30 Agosto]. Disponível em: http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&acess=0&codigono=001100140035AA_AAAAAAAAAA.

23. Busse R, Scheller-kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe - Strategies, interventions and challenges. Copenhagen: WHO; 2010 [citado em 2014, 19 Setembro]. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf.
24. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP- Versão Beta. Lisboa: IGIF; 2000; p. 62.
25. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP- Versão 2.0. Lisboa: IGIF; 2010; p. 38.
26. Ordem dos Enfermeiros. Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe®). Lisboa: OE; 2009; p. 31.
27. RIBEIRO JLP. Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 3.^a ed. Porto: Livpsic; 2010; p. 41, 42, 45, 80, 81, 85, 104, 321.
28. RIBEIRO JLP. Introdução à Psicologia da Saúde. Coimbra: Editora Quarteto; 2005.
29. Du S, Yuan C. Evaluation of patient self-management outcomes in health care: a systematic review. International Nursing Review. 2010 [citado em 2014, 26 Setembro]; 57 (2): Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20579149>.
30. Health Council of Canada. Self-management support for Canadians with chronic health conditions: A focus for primary health care. Toronto: Health Council of Canada; 2012 [citado em 2014, 19 Setembro]. Disponível em: file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/HCC_SelfManagementReport_FA.pdf.
31. Lin C, Anderson M, Chang S, Hagerty M, Loveland-Cherry J. Development and testing of the Diabetes Self-management Instrument: a confirmatory analysis. Research in Nursing & Health. 2008; 31(4): 371.
32. Karlsen B, Bru E. The relationship between diabetes-related distress and clinical variables and perceived support among adults with type 2 diabetes: a prospective study. International Journal of Nursing Studies. 2014; 51(3): 18, 9; p. 439.
33. Lin P, Wang J. Strategic management of behavioural change in type 2 diabetic patients. Public Health. 2012; 126(1): 18-24.
34. Mosnier-Pudar H, Hochberg G, Eschwege E, Virally L, Halimi S, Guillausseau J, et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French DIABASIS survey. Diabetes & Metabolism. 2009; 35(3): 220-7.
35. Orem DE. JAN Forum: your views and letters. Journal of Advanced Nursing. 2001; 34(4): 552-3
36. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP- Versão 1.0. Lisboa: IGIF; 2005; p. 46.
37. Backman K, Hentinen M. Model for the self-care of home-dwelling elderly. Journal of Advanced Nursing. 1999 [citado em 2014, 19 Setembro]; 30(3): Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10499212>.
38. Bastos F, Silva A. The self-management profile in chronic disease self-management. In 15th International Research Conference; 2011; Madrid: p. 57-9.

39. International Council Of Nurses. Nurses in the frontline to ensure access and equity in health care. Genebra: AYNLA; 2012 [citado em 2014, 26 Setembro]. Disponível em: <http://www.aynla.org/2012/12/icn-report-2010-2011-nurses-in-the-frontline-to-ensure-access-and-equity-in-health-care/>.
40. International Council Of Nurses. Nurses: a force for change. Genebra: International Nurses Day; 2014 [citado em 2014, 26 Setembro]. Disponível em: <http://www.icn.ch/publications/2014-nurses-a-force-for-change-a-vital-resource-for-health/>.
41. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem; Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Lisboa: OE; 2001; p. 8, 9.
42. Meleis A. Theoretical Nursing Development and Progress. 4.ªed. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins; 2007.
43. Meleis AI. Transitions Theory. New York. Springer Publishing Company; 2010.
44. Robertson M, Stanley A, Cully A, Naik D. Positive Emotional Health and Diabetes Care: concepts, measurements, and clinical implications. Psychosomatics. 2012 [citado em 2014, 26 Setembro]; 53(1): Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22221716>; p. 1.
45. Raymundo V. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. Letras de Hoje. 2009, jul/set; 44(3): 86-93.
46. Amaral A, Ferreira P, Gray L. Validação do International Resident Assessment Instrument-Acute Care (InterRAI-AC) para a população portuguesa. Revista de Enfermagem Referência. 2014, Fev/Mar; 4(1): 103-115; p. 104.
47. Polit D, Beck C, Hungler B. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, avaliação e utilização. 5.ªed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
48. Fortin MF. Fundamentos e etapas do processo de investigação. 3.ª ed. Loures: Lusodidacta; 2006, p. 29, 30, 255, 311, 388.
49. Almeida L, Freire T. Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga: Apport; 1997; p. 195.
50. Polit D. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 3.ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995; p. 126.
51. F. Bastos MS, C. Lopes. Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a diabetes traduzida e adaptada. Acta Med Port. 2007;20:11-20.
52. Bastos F, Brito A, Pereira F. Self-Management in Chronic Illness: From Theory to the Practice. In 25th International Nursing Research Congress; 2014; Hong Kong.
53. Sequeira, E. Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa unidade de saúde familiar. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2011.
54. Rodrigues L. O perfil de autocuidado como factor potencialmente condicionador das transições dos clientes: um estudo exploratório. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João; 2011.
55. Direção Geral da Saúde. Plataforma contra a Obesidade [Web page] Lisboa: DGS; 2014 [citado em 2014, 27 Setembro]. Disponível em:

http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113.

56. Pestana M, Gageiro J. Análise de dados para Ciências Sociais - A complementaridade para SPSS. 5.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2008; p. 489.
57. Antunes R. Classes sociais e a desigualdade na saúde. [Web page] Lisboa: Observatório das Desigualdades; 2010 [citado em 2014, 19 Setembro]. Disponível em: <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=projects&id=88>.
58. Portugal. Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Despacho n.º 3052 de 2013 ed. Diário da República, 2.^a série - N.º 4 - 26 de fevereiro de 2013; p. 7527-9.
59. Primožic S. Specific cognitive abilities are associated with diabetes self-management behavior among patients with type 2 diabetes. Diabetes research and clinical practice. 2012 [citado em 2014, 26 Setembro]; 95(1): Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016882271100492X>
60. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? Laboratório de Psicologia. 2006 [citado em 2014, 26 Setembro]; 4(1): Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>.

ANEXOS

ANEXO 1

**FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E
DADOS CLÍNICOS**

FORMULÁRIO**IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO**

Formulário nº: _____ Unidade de Saúde Familiar _____

Enfermeiro: _____ Data: _____ Observações: _____

I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. GÉNERO	Feminino
	Masculino
2. IDADE	_____ (anos)
3. ESTADO CIVIL	Solteiro (a)
	Casado (a)/União de facto
	Divorciado (a)
	Viúvo (a)
4. SITUAÇÃO PROFISSIONAL ATUAL	Empregado (a)
	Desempregado
	Reformado (a) ou aposentado (a)
	Outro
5. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	_____ (anos)
6. PROFISSÃO	_____
7. AGREGADO FAMILIAR	Sozinho (a)
	Cônjuge
	Cônjuge e filhos
	Outros
8. NÚMERO DE ANOS DE DIAGNÓSTICO	_____ (anos)

DE DIABETES		
9. IDADE NA ALTURA EM QUE FOI DIAGNOSTICADA A DIABETES	_____ (anos)	
10. VIGILÂNCIA DA DIABETES	USF	
	Hospital	
	Ambos	
	Não vigiado (a) (sem consulta no último ano)	
11. COABITAÇÃO COM PESSOA COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES	Não	
	Sim	
12. PRESTADOR DE CUIDADOS NO AUTOCUIDADO DIABETES	Não	
	Sim	
13. DAS SEGUINTE OPÇÕES QUAIS CONSIDERA QUE FAZEM PARTE DO TRATAMENTO DA DIABETES?	Alimentação	
	Medicamentos	
	Controlo do stress/ansiedade	
	Exercício físico	
	Pesquisa de glicemia capilar	
	Vigilância de pés	
	Outros _____	
14. TRATAMENTO DA DIABETES	Medicamento s orais	Não
		Sim
		Quantos diferentes _____
		Quantas tomas diárias _____

	Insulina	Não
		Sim
		Quantos tipos _____
		Quantas tomas diárias _____
15. COMPLICAÇÕES DA DIABETES	Não	
	Sim	
	Qual (ais) _____	
16. INTERNAMENTOS NO ÚLTIMO ANO RELACIONADOS COM A DIABETES	Não	
	Sim	
	Quantos _____	
17. RECURSO À URGÊNCIA NO ÚLTIMO ANO RELACIONADOS COM A DIABETES	Não	
	Sim	
	Quantas vezes _____	
18. RENDIMENTO FAMILIAR É SUFICIENTE PARA AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS OU MEDICAMENTOS	Não	
	Sim	
19. PRATICA EXERCÍCIO FÍSICO?	Não <input type="checkbox"/>	Dores <input type="checkbox"/>
	Motivo?	Fatores económicos <input type="checkbox"/>
		Vontade <input type="checkbox"/>
		Outros <input type="checkbox"/>
	Sim <input type="checkbox"/>	

II – DADOS CLÍNICOS

1. Peso	_____ Kg
2. Altura	_____ cm
3. IMC	_____
4. PA	_____ cm
5. TA	_____ mmHg
6. HbA1C	_____
7. Glicemias em jejum nos últimos 30 dias (mínimo de 8 avaliações)	n.º de pgc _____ valor mínimo _____ valor máximo _____
8. Risco de úlcera do pé diabético (última avaliação no ano)	Baixo Médio Alto

ANEXO 2

**INSTRUMENTO DE CARATERIZAÇÃO DO ESTILO GESTÃO DO
REGIME TERAPÊUTICO: QUESTIONÁRIO DOS TRAÇOS
IDENTITÁRIOS E DAS ATITUDES FACE À DOENÇA E AO REGIME
TERAPÊUTICO**



ID1

ID2

Instrumento de caracterização do estilo gestão do regime terapêutico

1. Questionário dos traços identitários e das atitudes face à doença e ao regime terapêutico

As afirmações que se seguem indicam diferentes formas de viver com a doença. Pedimos-lhe que nos diga em que medida, no seu caso pessoal, concorda ou discorda com essas afirmações.

A escala varia entre 0 e 4 de discordo totalmente a concordo totalmente, conforme exemplo:

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
0	1	2	3	4

Relativamente à sua doença e ao tratamento:	0	1	2	3	4
1. Acredita que são os profissionais de saúde (médico, enfermeiro) quem tem a maior responsabilidade sobre a sua saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Prefere que seja uma pessoa da sua confiança (familiar ou amigo) a ser responsável pelo seu tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Participa nas decisões sobre a sua saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Prefere que sejam os profissionais de saúde (médico, enfermeiro) a decidir sobre as questões relativas à saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Quer conhecer as opções de tratamento disponíveis para a sua doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Define os resultados em relação à sua saúde (peso, glicemia, TA, etc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Planeta com antecedência as ações sobre a sua saúde (autovigilância, consultas, exercício, alimentação, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Procura informação sobre a sua condição de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Analisa as diferentes possibilidades antes de tomar uma decisão sobre a sua saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tem dificuldade em tomar decisões sobre a sua saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Segue o tratamento porque acredita que é o melhor para si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Acha que o seu problema de saúde é mais grave do que o que lhe dizem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Insiste até conseguir fazer o que lhe foi recomendado mesmo quando uma parte do tratamento é desagradável ou difícil de fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Segue o tratamento porque considera que os outros ficariam aborrecidos consigo se não o fizesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Considera que tudo na sua vida é a doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Considera que a sua doença é uma coisa com a qual tem que viver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Tem que ser ajudada porque é uma pessoa doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Reconhece que tem um problema de saúde e que precisa de o tratar e controlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sente medo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tem fé que vai correr tudo bem (numa entidade superior, externa a si, tal como Deus, Santos, ou o Cosmos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Gosta de viver mesmo doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Segue o tratamento porque os outros esperam que o faça	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Tem objetivos para a vida e o futuro (para além do controlo da doença)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Pensa com frequência "quando a minha vida acabar, acabou"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Acredita que vai correr tudo bem mesmo quando não sabe o que vai acontecer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Sente-se satisfeito consigo próprio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Quando os profissionais de saúde lhe recomendam fazer alguma coisa quer saber porque é que aquilo é importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Sente que já vale pouco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Acha que é capaz de fazer o que lhe está a ser/foi proposto fazer (regime terapêutico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	0	1	2	3	4
30. O que lhe está a ser proposto fazer é complicado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. O que lhe foi recomendado exige muito esforço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Acha que não vale a pena insistir quando não gosta de uma coisa, porque não a vai fazer, mesmo que seja importante para a sua saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Acredita que o controlo do seu problema de saúde depende muito daquilo que fizer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Sente que, se precisar, tem ajuda da família e/ou amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Sente que as alterações que lhe foram propostas para controlar a sua saúde são necessárias (dieta, exercício físico, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Os medicamentos que lhe recetaram são necessários para melhorar ou não ficar mais doente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. As mudanças na sua alimentação e atividade física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Está disposto a fazer as mudanças que lhe foram propostas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Reconhece que precisa de mudar para melhorar ou controlar a sua saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. O seu problema de saúde não é tão grave quanto lhe dizem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Quando precisa de alguma coisa fala facilmente com os seus médicos e/ou enfermeiros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Tem dificuldade quando está numa consulta em explicar as suas dúvidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Quando fica com dúvidas sobre o que os profissionais de saúde lhe disseram, espera para depois perguntar a algum familiar, amigo ou ao farmacêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Quando os seus profissionais de saúde (médico ou enfermeiro) lhe mandam fazer alguma coisa faz sem questionar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Quando os profissionais de saúde lhe recomendam fazer alguma coisa ouve, mas depois quem decide se faz ou não é o senhor (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observações:



2. Percepção de comportamento face ao regime terapêutico (autorrelato)

As afirmações que se seguem indicam diferentes comportamentos relacionados com a forma como trata da sua doença. Pedimos-lhe que nos diga com que frequência realiza cada atividade.

A escala varia entre 0 e 4 de nunca a sempre, conforme exemplo:

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
0	1	2	3	4

Relativamente à forma como trata da sua doença:

	0	1	2	3	4
1. Consulta profissionais de saúde, assim que sente que não é capaz de resolver o problema ou situação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Quando lhe apetece comer ou fazer alguma coisa, que sabe que lhe faz mal, fá-lo de qualquer maneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Não quer saber o resultado dos seus exames	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Quando está desesperado(a) toma mais medicamentos do que devia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Tem sintomas da doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Falta às consultas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Faz análises e outros exames quando lhe são recomendados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Não mudou nada na sua vida por ter esta doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Faz monitorizações (TA, Glicemia, edema, dispneia, ...) que lhe recomendam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Faz registos da evolução/monitorização para os profissionais de saúde saberem como está a sua saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Os profissionais de saúde são os únicos que têm que saber dos resultados dos exames que faz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Dos resultados dos seus exames só quer saber se está tudo bem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Procura os profissionais de saúde ao mínimo problema de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observações:



3. Caracterização do estilo de GRT (percepção do enfermeiro)

As afirmações que se seguem indicam diferentes comportamentos relacionados com a forma como cada cliente gere o seu regime terapêutico. De acordo com a sua percepção, pedimos-lhe que nos referencie a frequência com que o cliente assume ou realiza cada atividade.

A escala varia entre 0 e 4 de nunca a sempre, conforme exemplo:

Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
0	1	2	3	4

Na gestão do regime terapêutico o cliente:	0	1	2	3	4
1. Assume a responsabilidade pelo tratamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Delega responsabilidade pelo tratamento em alguém	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Procura ajuda dos profissionais quando precisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Utiliza em excesso os serviços de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Demonstra confiança nos profissionais de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Tem episódios de não administração de medicamentos ou de fazê-lo em excesso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tem hábitos de consumo de álcool e/ou de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Apresenta sinais e sintomas de descontrolo da doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Falha aos agendamentos sem razão aparente (sem justificação plausível)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Realiza exames complementares de diagnóstico no prazo recomendado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Incorpora modificações no seu estilo de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Valoriza as recomendações que lhe são feitas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Faz monitorização de sinais e sintomas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Interpreta os resultados das monitorizações que realiza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Faz perguntas sobre o tratamento, controlo da situação de saúde/doença, resultados de exames/ monitorizações, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Observações:

ANEXO 3

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE CARATERIZAÇÃO DO ESTILO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Instrumento de caracterização do estilo gestão do regime terapêutico

Composto por dois instrumentos de autorrelato, aplicados por entrevista e, podendo ser utilizado conjuntamente com “caracterização do estilo de GRT na percepção do enfermeiro”.

O primeiro “Questionário dos traços identitários e das atitudes face à doença e ao regime terapêutico” utiliza uma escala de concordância semântica que varia entre 1 e 3 (Discordo Totalmente – Concordo totalmente).

O segundo “Percepção de comportamento face ao regime terapêutico” utiliza uma escala de frequência face a um determinado comportamento, variando entre 0 e 4 (Nunca – Sempre).

O terceiro “Caracterização do estilo de GRT na percepção do enfermeiro” corresponde a dados que o enfermeiro utiliza no seu juízo diagnóstico face à gestão e adesão ao regime terapêutico. Este questionário só pode ser preenchido totalmente quando o enfermeiro conhece bem o utente. Utiliza uma escala de frequência face a um determinado comportamento, variando entre 0 e 4 (Nunca – Sempre).

Instruções de preenchimento:

1. O instrumento deve ser considerado como uma estruturação de uma entrevista, pelo que é possível que o entrevistador possa inferir a resposta a partir do que o entrevistado refere. Contudo, aconselha-se a validação da resposta por parte do entrevistado
2. O instrumento é aplicado por entrevista, devendo ser facilitada a compreensão da questão com exemplos correspondentes à situação de gestão de doença ou do regime terapêutico, especificando o que se aplica ao caso daquela pessoa em concreto.
Exemplo:
6. Define os resultados em relação à sua saúde (peso, glicemia, TA, etc) – Outros exemplos: crises asmáticas (gravidade, frequência); crises convulsivas; severidade de sintomas: intolerância à atividade; dispneia)
3. Uma não resposta pode englobar três situações:
 - a. Não se aplica à situação concreta
 - b. Não sabe ou não responde
 - c. Não foi perguntado por esquecimento
4. Quando a pessoa considera que um item não se aplica ao seu caso, porque não considera uma ou várias componentes do regime terapêutico, deve ser anotado essa observação no final do questionário.

ANEXO 4

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DO ESTILO DE GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

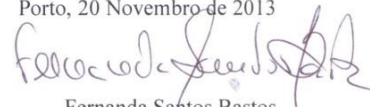
Senhoras Enfermeiras
Miquelina Rosa Rodrigues Meireles
e Sílvia Ferreira Rodrigues
XX Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem
do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

Assunto: Autorização para utilização do “instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico”.

Eu, Fernanda dos Santos Bastos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto, representando também os professores Alice Brito e Filipe Pereira, venho por este meio conceder autorização às estudantes de Mestrado em Ciências de Enfermagem (ICBAS) no âmbito dos seus projetos: “Avaliação das propriedades psicométricas do Instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico em pessoas com diabetes tipo 2” e “Estilo de gestão do regime terapêutico e a sua influência nas atividades de autocuidado da população com diabetes mellitus tipo 2”, orientados respetivamente por mim própria e pela Professora Doutora Maria Alice Brito, para a utilização do instrumento supracitado e que não se encontra ainda publicado.

Ao dispor,

Porto, 20 Novembro de 2013



Fernanda Santos Bastos

Professora Adjunta

Escola Superior Enfermagem do Porto

UNIESEP

UCP: Autocuidado

ANEXO 5

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹⁵ e a Convenção de Oviedo¹⁶**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: “Avaliação das propriedades psicométricas do Instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico em pessoas com diabetes tipo 2”

Enquadramento: No âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, este estudo será aplicado na Unidade de Saúde Familiar São Miguel Arcanjo, sob orientação da Professora Doutora Fernanda Bastos.

Explicação do estudo: No dia da sua consulta de enfermagem na USF, será solicitado preenchimento de um formulário, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre dados sociodemográficos, dados clínicos e sobre a forma como gere a sua saúde/doença, que durará cerca de 30 minutos.

Condições e financiamento: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidade da Unidade de Saúde Familiar São Miguel Arcanjo. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se prevêem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir uma maior e melhor participação das pessoas no seu processo de cuidados de enfermagem. O financiamento do estudo estará a cargo da investigadora e foi submetido a parecer favorável da comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte.

Confidencialidade e anonimato: Todos os dados recolhidos serão utilizados apenas neste estudo, serão recolhidos em ambiente de privacidade e mantidos sob sigilo. Nenhum dado de identificação será recolhido e em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de

¹⁵ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

¹⁶ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

Agradecemos desde já a sua colaboração. Este trabalho de investigação prevê-se estar concluído em Julho de 2014, podendo a partir dessa altura solicitar a consulta dos resultados, junto da enfermeira investigadora.

Enfermeira Miquelina Rosa Rodrigues Meireles

Unidade de Saúde Familiar São Miguel Arcanjo

Telemóvel: 927995700

Email: miquelinas@gmail.com

Assinatura:

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

ANEXO 6

PARECER DO ACES ACERCA DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



Enf.ª Miquelina Meireles

Enf.ª Sílvia Rodrigues

USF S. Miguel Arcanjo

<i>Data</i>	<i>Vossa Referência</i>	<i>Nossa Referência / Data</i>
		1279/DE/ACESVSS – 06-12-2013

ASSUNTO: Parecer acerca da realização dos estudos de investigação: “Avaliação das propriedades psicométricas do Instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico” e “O estilo de gestão do regime terapêutico e a sua influência nas atividades de autocuidado da população com diabetes Mellitus tipo 2”.

A realização dos estudos de investigação supra-mencionados, propostos pelas profissionais de enfermagem, Miquelina Rosa Rodrigues Meireles e Sílvia Ferreira Rodrigues, são de todo o interesse para este Agrupamento de Centros de Saúde, uma vez que a temática abordada, gestão do regime terapêutico, é uma área prioritária de investimento, que se reflete na melhoria dos cuidados e do autocuidado da população em geral e de forma particular na diabetes. A operacionalização na Unidade de Saúde Familiar S. Miguel Arcanjo é oportuna e vai representar uma mais-valia para a população que beneficia dos cuidados prestados nessa USF, estando asseguradas as condições logísticas, humanas e éticas adequadas.

Com os melhores cumprimentos,

A Directora Executiva - ACES Tâmega II VSS

Agrupamento de Centros de Saúde
Tâmega II - Vale do Sousa Sul
Sandra Rita, Dra.
Directora Executiva



Agrupamento de Centros de Saúde Tâmega II – Vale do Sousa Sul
Travessa da Rua Marquês do Pombal, s/n 4560 – 682 Penafiel
Telefone: 255718530 Fax: 255718538



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ANEXO 7

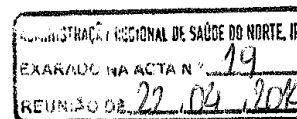
PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA ARS NORTE ACERCA DA REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

**ARS NORTE**Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.COMUNICAÇÃO ☐ INFORMAÇÃO ☐ PARECER ☒ Nº 27 DATA: 14 abril/14

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer Nº 28/2014

**DELIBERADO AUTORIZAR**22/4/14

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 28/2014 (sobre o estudo: “Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento de caracterização do estilo de gestão do regime terapêutico”), aprovado na reunião do dia 8 de abril de 2014, por unanimidade.

Rui Cernadas
Vice-Presidente do C.D.

À Consideração Superior

Deolinda Neves
Assessora CES/UIC
José Carlos Pedro
Vogal C. D.
Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C. D.

ANEXO 8

TABELAS COM ARTIGOS QUE EMERGIRAM DA PESQUISA EM

BASES DE DADOS

Tabela com Artigos sobre adaptação/validação de instrumentos

TÍTULO, AUTORES, ANO	INSTRUMENTO	PARTICIPANTES	VALIDAÇÃO		O QUE AVALIAM	ANÁLISE DE DADOS (RELAÇÕES, DIFERENÇAS)
			α	r		
<i>Development and validation of the Diabetes Management Orientation Scale (DMOS): Assessing culturally related approaches to diabetes self-management</i> Aaron K.Y. Wong et al. (2009)	<i>Diabetes Management Orientation Scale (DMOS)</i>	94 adultos com diabetes tipo 2*	<i>Individualist Management Orientation</i> , $\alpha = 0.801$; <i>Collectivist Management Orientation</i> , $\alpha = 0.827$; <i>BPR Orientation</i> , $\alpha = 0.79$		Responsabilidade pessoal e pessoal individual, coletiva, e equilibrada; Orientações para a autogestão*	A Responsabilidade pessoal, colectiva e equilibrada e a duração da diabetes predizem a HbA1C.*
<i>Development and validation of The Personal Diabetes Questionnaire (PDQ): A measure of diabetes self-care behaviors, perceptions and barriers</i> Barbara Stetson et al. (2011)	<i>The Personal Diabetes Questionnaire (PDQ)</i>	790 adultos (205 com diabetes tipo 1 e 585 com diabetes tipo 2)*	(barreiras ao exercício físico em pessoas com diabetes tipo 1) $0.650 < \alpha > 0.834$ (barreiras à dieta em pessoas com diabetes tipo 2 que usam insulina)*		Comportamentos de autogestão da diabetes, percepções e barreiras*	Observou-se associação com HbA1C nas pessoas com diabetes tipo 1 e com o IMC nas pessoas com diabetes tipo 2.*
<i>The reliability and validity of the Japanese version of the Diabetes Family Behavior Checklist (DFBC) for assessing the relationship between Type 2 diabetes mellitus patients and their families with respect to adherence to treatment regimen</i> Yoriko Hara et al. (2013)	<i>Diabetes Family Behavior Checklist (DFBC)</i>	Pessoas com diabetes tipo 2 (158 com tratamento com insulina e 169 com tratamento com antidiabéticos orais)*	$\alpha \geq 0.93$	questionnaires of selfmanaged dietary and exercise behaviors, the Appraisal of Diabetes Scale (ADS), and HbA1c	Suporte familiar Comportamentos de autogestão*	Os resultados demonstraram correlação entre <i>feedback</i> positive e comportamentos alimentares e de exercício físico; entre sensação de controlo e gestão de sintomas. O <i>feedback</i> negativo está negativamente correlacionado com os comportamentos de exercício físico e positivamente correlacionado com gestão de sintomas nas pessoas com tratamento com insulina.*
<i>Psychometric properties of a Korean version of the summary of diabetes self-care activities measure</i>	<i>Summary of diabetes self-care activities (SDSCA) questionnaire</i>	208 pessoas com diabetes tipo 2*	$0.37 < \alpha > 0.96$ ($p < .01$)	DMSES vs SDSCA-K $r = .43$, $p < .001$)	Comportamentos de autogestão*	As correlações observadas são fracas a moderadas, indicando que o autocuidado na diabetes inclui uma gama de atividades e que os

E.J. Choi et al. (2011)

seus components não se correlacionam de forma forte dados os aspetos multidimensionais do autocuidado.*

<i>Measuring patient satisfaction with diabetes disease state management services in community pharmacy</i> Krass et al. (2009)	<i>Diabetes Measurement and Evaluation Tool</i>	108 com	108 pessoas com diabetes tipo 2*	$\alpha = 0.92$ "Service," $\alpha = 0.88$ "Self-management" $\alpha = 0.86$ "Knowledge"	Satisfação com os cuidados Satisfação com a autogestão Satisfação com os conhecimentos e compreensão da diabetes*	Instrumento válido e fiável.*
<i>Adaptation of the Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life questionnaire to people with diabetes in China</i> Danli Kong et al. (2011)	<i>Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (CN-ADDQoL)</i>	697 com	697 pessoas com diabetes tipo 2*	$\alpha = 0.941$	Correlação significativa entre AWI scores da CN-ADDQoL e qualidade de vida específica da diabetes ($r_s = 0.274$, $P < 0.001$); Correlação positiva entre AWI scores e a idade ($r_s = 0.245$, $p < 0.001$)*	Qualidade de vida* Não há diferenças estatisticamente significativas nos scores entre participantes com ou sem complicações, nem entre homens e mulheres. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre pessoas com mais ou com menos de 50 anos. Pessoas com nível de educação mais elevado reportam um maior impacto negativo da diabetes na qualidade de vida do que os participantes com nível de educação baixo.*
<i>The reliability and validity of the Japanese version of the Appraisal of Diabetes Scale for type 2 diabetes patients</i> Yoriko Hara et al. (2011)	<i>Japanese version of the Appraisal of Diabetes Scale (ADS)</i>	346 com	346 pessoas com diabetes tipo 2*	$\alpha = 0.746-0.628$	Impacto psicológico da modificação de comportamentos de autogestão*	Observaram-se correlações significativas entre sensação de control e comportamentos alimentares e de exercício físico; entre impacto psicológico da diabetes e vários tratamentos,

							sintomas de ansiedade e HbA1C; e entre gestão de sintomas e comportamentos alimentares.*
<i>Diabetes-related emotional distress in adults: Reliability and validity of the Norwegian versions of the Problem Areas in Diabetes Scale (PAID) and the Diabetes Distress Scale (DDS)</i> <i>M. Graue et al. (2012)</i>	<i>Problem Areas in Diabetes Scale (PAID)</i> <i>Diabetes Distress Scale (DDS)</i>	292 pessoas com diabetes tipo 1 (80%) ou 2 (20%)*	$\alpha = 0.95$ (PAID) $\alpha = 0.92$ (DDS) $\alpha = 0.81-0.87$ (subescalas DDS)		Distress emocional relacionado com a diabetes*	Observou-se correlação moderada entre distress emocional relacionado com a diabetes e baixa qualidade de vida relacionada com a saúde; entre depressão e sintomas de ansiedade; e entre impacto percebido da diabetes e scores da escala. As mulheres reportam um nível mais elevado de distress e mais problemas relacionados com a diabetes do que os homens.*	
<i>Self-management in chronic conditions: partners in health scale instrument validation</i> <i>Isabel Peñarrieta-de Córdova et al. (2014)</i>	<i>Self-care in Chronic Conditions Partners in Health Scale instrument</i>	552 pessoas com diabetes, hipertensão e cancro*	$\alpha = 0.8$		Competências e habilidades de pessoas com doença crónica*	Os resultados demonstraram que as barreiras e lacunas no conhecimento das pessoas com doença crónica variam de acordo com o tipo de doença e com o género e que as mulheres apresentam melhor desempenho na autogestão do que os homens.*	
<i>Patients Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility</i> <i>J. Taggart et al. (2009)</i>	<i>Patients Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)</i>	2552 participantes de zonas rurais e urbanas*	$\alpha = 0.950$		Qualidade dos cuidados na perspectiva dos pacientes*	A associação entre os scores e as características dos participantes foram concordantes com os achados de outros estudos, incluindo o género, a idade e o grupo étnico.	
<i>Family support and conflict among adults with type 2 diabetes: development and testing of a new measure</i> <i>CAM Paddison (2010)</i>	<i>Diabetes Family Support and Conflict (DFSC) Scale</i>	6290 pessoas com diabetes tipo 2*	$\alpha=0.84$ (support) 0.75 (conflict)	Correlação fraca entre as subescalas (r=0.21; p<0.01)	Suporte e conflito familiar relacionado com a diabetes*	Observou-se correlação fraca entre as subescalas que avaliam o suporte familiar e que avaliam o conflito.*	
<i>New measures of diabetes self-care agency, diabetes self-</i>	<i>Diabetes Self-Efficacy Scale (DSES)</i>	10 profissionais			Autoeficácia da Auto gestão da	As escalas são úteis para vigilância de pessoas que necessitam de	

efficacy, and diabetes self-management for insulin-treated individuals with type 2 diabetes. VD Sousa et al. (2009)

Diabetes Self-Management Scale (DSMS)
Diabetes Self-Care Agency Scale (DSCAS)

- de saúde e 10 pessoas com diabetes tipo 2 tratadas com insulina*

diabetes cuidados de elevada intensidade. Autocuidado*

*Tradução própria

Tabela com Artigos de Revisão

TÍTULO	AUTORES, ANO, LOCAL, FONTE	O QUE AVALIAM
<i>Type 2 Diabetes Self-Management: Role of Diet Self-Efficacy</i>	<i>I. Strychar et al.; Can J Diabetes</i> 36 (2012) 337-344; Canadá	Papel da autoeficácia na compreensão dos comportamentos alimentares e respetivos resultados (<i>outcomes</i>) na diabetes tipo 2*
<i>A systematic review of IT for diabetes self-management: Are we there yet?</i>	<i>Omar El-Gayar et al; International Journal of Medical Informatics</i> 82 (2013) 637-652	Influência das tecnologias de informação na autogestão da diabetes tipo 1 e tipo 2 em adultos*
<i>Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes</i>	Grillo M et al.; Revista da Associação Médica do Brasil 59 (2013) 400-405; Brasil	Efeito das diferentes modalidades de intervenções educativas para o autocuidado no controle glicémico de pessoas com diabetes tipo 2*
<i>Positive Emotional Health and Diabetes Care: Concepts, Measurement, and Clinical Implications</i>	<i>Suzanne M. Robertson et al.; Psychosomatics</i> 2012;53:1–12	Conceptualização e avaliação de três aspetos da saúde emocional positiva (bem-estar, afeto positivo e resiliência) e sua relação com os resultados (<i>outcomes</i>) na diabetes*
<i>The relationship of depression and diabetes: Pathophysiological and treatment implications</i>	<i>James K. Rustad et al.; Psychoneuroendocrinology</i> 36 (2011) 1276-1286; EUA	Relação entre diabetes e depressão*
<i>Diabetes and risk of physical disability in adults: a systematic review and meta-analysis</i>	<i>Evelyn Wong et al; Lancet Diabetes Endocrinol</i> 2013; 1: 106–14; Austrália	Dependência como resultados da diabetes
<i>Web 2.0 chronic disease self-management for older adults: a systematic review.</i>	<i>Michael Stellefson et al.; JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH</i> vol. 15 iss. 2 e35; 2013; EUA	Planeamento, implementação e avaliação da efetividade autogestão de intervenções na <i>web</i> em adultos com mais de uma doença crónica

*Tradução própria

Tabela com Artigos sobre Fatores relacionados com a GRT

TÍTULO	AUTORES, ANO, LOCAL, FONTE	INSTRUMENTOS	O QUE AVALIAM
<i>Self-Management, Health Service Use and Information Seeking for Diabetes Care among Black Caribbean Immigrants in Toronto</i>	<i>I. Hyman et al.; Can J Diabetes</i> 38 (2014) 32 e 37; Canadá	Questionário estruturado desenvolvido pelo <i>International College of Meditation & Healing</i> e adaptado ao contexto do Canadá*	Informação relacionada com severidade da diabetes: controlo da diabetes auto-reportado, antecedentes de hipertensão arterial e risco de obesidade Práticas de autogestão Utilização de informação e serviços de saúde na diabetes*
<i>Communicative and critical health literacy, and self-management behaviors in end-stage renal disease patients with diabetes on hemodialysis</i>	<i>A.Y. Lai et al.; Patient Education and Counseling</i> 91 (2013) 221–227; Singapura	<i>Functional, Communicative and Critical HL scale</i> <i>Summary of Diabetes Self-Care Activities</i>	Literacia em saúde Autogestão*
<i>A structured, group-based diabetes self-management education (DSME) programme for people, families and whanau with type 2 diabetes (T2DM) in New Zealand: An observational study</i>	<i>J.D. Krebs et al, primary care diabetes</i> 7 (2013) 151–158; Nova Zelândia	<i>D-SMART questionnaire</i>	Efetividade de programa de de educação de conhecimentos e comportamentos de autogestão da diabetes*
<i>6-Specific cognitive abilities are associated with diabetes self-management behavior among patients with type 2 diabetes</i>	<i>Simona Primožcd et al; diabetes research and clinical practice</i> 95 (2012) 48 – 54; Eslovénia	<i>Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)</i> <i>Hamilton Depression Inventory (HDI)</i> <i>Problem Areas In Diabetes scale (PAID)</i>	Autogestão da diabetes Depressão Diabetes distress Funções cognitivas*
<i>Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus</i>	<i>O.A. Al-Khawaldeh et al. / Journal of Diabetes and Its</i>	<i>Diabetes Management Self-Efficacy Scale</i>	Autoeficácia na gestão da diabetes Comportamentos de autogestão da diabetes*

	<i>Complications</i> 26 (2012) (DMSES) 10–16; Jordânia	<i>Summary of Diabetes Self-Care Activities Scale (SDSCA)</i>	
<i>Development and Pilot-Testing of a Brief Psychosocial Group Intervention Protocol for Type 2 Diabetes Self-Management</i>	Brigitte c. Sabourin et al; CANADIAN JOURNAL OF DIABETES. 2011;35(3):287-294; Canadá	<i>Diabetes Distress Scale (DDS)</i> <i>Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale</i> <i>Satisfaction with Life Scale (SWLS)</i> <i>Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)</i>	Distress relacionado com a diabetes Depressão Satisfação com a vida Comportamentos de autogestão da diabetes*
<i>The impact of structured blood glucose testing on attitudes toward self-management among poorly controlled, insulin-naïve patients with type 2 diabetes</i>	Lawrence Fisher et al; diabetes research and clinical practice 96 (2012) 1 49 – 155; EUA	<i>Confidence in Diabetes Self-Care for Type 2 patients (CIDS-T2)</i> <i>Diabetes-related Autonomous Motivation (DRAM)</i> <i>Treatment Self-Regulation Scale</i> <i>International Physical Activity Questionnaire (IPAQ short form)</i> <i>Three measures of dietary behaviour</i> <i>8-item Hill-Bone Compliance to Medication Scale modified</i>	Autoeficácia Motivação autónoma ao longo do tempo Comportamentos de autogestão da diabetes
<i>The development and feasibility of a web-based intervention with diaries and situational feedback via smartphone to support self-management in patients with diabetes type 2</i>	Andrea A.G. Nes et al; diabetes research and clinical practice 97 (2012) 3 8 5 – 3 9 3; Noruega	Diários online: 16–19 questões que avaliam o comportamento de autovigilância, pensamentos, sentimentos e estratégias utilizadas*	Avaliação do suporte Mudanças de estilo de vida*
<i>Pilot trial of diabetes self-management education in the hospital setting</i>	Mary T. Korytkowski et al; Primary care diabetes PCD-355 (2013);EUA	<i>Diabetes Knowledge Tests (DKT)</i> <i>Medical Outcomes Short Form (SF-36)</i> <i>Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ)</i> <i>DTSQ-inpatient (DTSQ-IP)</i>	Benefícios da Diabetes self-management education (DSME)
<i>Evolution of a web-based, prototype Personal Health Application for diabetes self-management</i>	S.J. Fonda et al.; <i>Journal of Biomedical Informatics</i>	Focus group com pessoas com diabetes*	Eficácia de um protótipo*

43 (2010) S17–S21; EUA

<i>A better model of diabetes self-management? Interactions between GP communication and patient self-efficacy in self-monitoring of blood glucose</i>	V. Rose et al.; <i>Patient Education and Counseling</i> 77 (2009) 260–265; Austrália	General diet or exercise scales: Summary of Diabetes Self-Care Activities Scale (SDSCA) Diabetes Self-efficacy Scale (DSES) General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)	Crenças e comportamentos de autogestão auto-relatados pelos pacientes*
<i>The Mexican-American Trial of Community Health workers (MATCH): Design and baseline characteristics of a randomized controlled trial testing a culturally tailored community diabetes self-management intervention</i>	S.K. Rothschild et al.; <i>Contemporary Clinical Trials</i> 33 (2012) 369–377; EUA	Moriski Medication-taking behaviour scale Summary of Diabetes Self-Care Activities Diabetes Empowerment Scale PQR 85 (social support measure) PHQ-2 Depression Screen Beck Depression Inventory Marin-Marin Acculturation Scale Spielberg State Anxiety Scale Self-administered questionnaire (perceived cause of discrimination)	Resultados (outcomes) psicológicos Comportamentos de autogestão*
<i>Racial differences in diabetes self-management and quality of care in Texas</i>	C. Nwasuruba et al.; <i>Journal of Diabetes and Its Complications</i> 23 (2009) 112–118; Texas, EUA	Questionário estruturado de auto-relato*	Diferenças raciais nos comportamentos de autogestão da diabetes*
<i>Technology-facilitated depression care management among predominantly Latino diabetes patients within a public safety net care system: Comparative effectiveness trial design</i>	S. Wu et al.; <i>Contemporary Clinical Trials</i> 37 (2014) 342–354; EUA	Whitty-9 diabetes symptoms Toolbert diabetes self-care in the past 7 days Patient Health Questionnaire Symptom Checklist Brief Symptom Inventory Short-Form Health Survey Self-rated health Sheehan disability scale	Resultados (outcomes) relacionados com a depressão Adesão ao tratamento Satisfação Aceitação da tecnologia de monitorização Redução de stress social e económico Autogestão da diabetes Utilização dos serviços de saúde Custo-eficácia

<i>How patients' attitudes and opinions influence self-care behaviours in type 2 diabetes. Insights from the French DIABASIS Survey (VER ARTIGO 60)</i>	<i>H. Mosnier-Pudar et al. / Diabetes & Metabolism 36 (2010) 476–483; France</i>	Questionário estruturado: 37 questões relacionadas com a doença	Conhecimentos e perceções sobre a diabetes Impacto da diabetes em vários aspetos da vida quotidiana Práticas de autogestão*
<i>Predictors and effectiveness of diabetes self-management education in clinical practice</i>	<i>B.R. Shah, G.L. Booth / Patient Education and Counseling 74 (2009) 19–22; Canadá</i>	Questionário escrito*	Preditores de atendimento Indicadores de qualidade dos cuidados*
<i>Do people with diabetes understand their clinical marker of long-term glycemic control (HbA1c levels) and does this predict diabetes self-care behaviours and HbA1c?</i>	<i>E. Beard et al. / Patient Education and Counseling 80 (2010) 227–232; RU</i>	Questionário similar ao usado por Polonsky et al (2005)* <i>Summary of Diabetes Self-care Activities Scale (SDSCA)</i> Questionário baseado na Escala <i>Chronic Disease Self-efficacy</i>	Comportamentos de autocuidado da diabetes Autoeficácia específica da diabetes Compreensão da HbA1C*
<i>Participants' Assessments of the Effects of a Community Health Worker Intervention on Their Diabetes Self-Management and Interactions with Healthcare Providers</i>	<i>Michele Heisler et al; Am J Prev Med 2009;37(6S1); EUA</i>	Entrevistas semi-estruturadas*	Atividades de autogestão Necessidades Interações com <i>Family Health Advocates (FHA)</i> e com profissionais de saúde*
<i>Do patients and physicians agree on diabetes management? A study conducted in Public Healthcare Centres in Brazil</i>	<i>R.C. Figueiredo 108 et al. / Patient Education and Counseling 92 (2013) 107–113; Brasil</i>	Entrevistas semi-estruturadas*	Concordância entre doentes e médicos sobre gestão da diabetes
<i>The Impact of Non-Severe Hypoglycemic Events on Work Productivity and Diabetes Management</i>	<i>Meryl Brod et al; VALUE IN HEALTH 14 (2011) 665 – 671; EUA</i>	<i>Focus groups</i> Entrevistas telefónicas baseadas na literatura atual e contributos de peritos*	Impacto de hipoglicemias não severas na produtividade laboral e na autogestão da diabetes*
<i>Relationships among depression, anxiety, self-care behaviour and diabetes education difficulties in patients with type-2 diabetes: A cross-sectional questionnaire survey</i>	<i>S.-F. Wu et al. / International Journal of Nursing Studies 48 (2011) 1376–1383; Tailândia</i>	<i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i> <i>Beck Depression Inventory (BDI)</i> <i>The Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)</i> <i>Evaluation of health education difficulty</i>	Depressão e ansiedade Comportamentos de autocuidado Dificuldades de educação na diabetes*

<i>Depression, deficits in functional capacity, and impaired glycemic control in urban African Americans with type 2 diabetes</i>	<i>D.L. Musselman et al. / Journal of Psychiatric Research 52 (2014) 21e27; EUA</i>	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) UCSD Performance Skills Assessment-Brief (UPSA-B).</i>	Prevalência da depressão
<i>Improving behavioral and clinical indicators in Asians and Pacific Islanders with diabetes: Findings from a community clinic-based program</i>	<i>Michiyo Tomioka et al; diabetes research and clinical practice _104 (2014) 220-225; Honolulu, EUA</i>	<i>Diabetes Health Outcome Survey auto-administrado*</i>	Comportamentos de saúde*
<i>A pilot test of an integrated self-care intervention for persons with heart failure and concomitant diabetes</i>	<i>Sandra B. Dunbar, et al; Nurs Outlook 62 (2014) 97-111; EUA</i>	<i>Atlanta HF Knowledge Test (AHFKT) Michigan Diabetes Knowledge Test (MDKT) Self-Care in Heart Failure Index (SCHFI) Version 6.2 The Perceived Diabetes Self-Management Scale (PDSMS) Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) scale Minnesota Living with Heart Failure (MLWHF) Questionnaire Audit of Diabetes-Dependent Quality-of-Life (ADDQOL)</i>	Conhecimentos sobre falência cardíaca (HF) e diabetes Autoeficácia específica da doença cardíaca e diabetes Qualidade de vida Comportamentos de autocuidado na doença cardíaca e diabetes Impacto da diabetes*
<i>Self-management abilities, physical health and depressive symptoms among patients with cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, and diabetes</i>	<i>J.M. Cramm, A.P. Nieboer / Patient Education and Counseling 87 (2012) 411–415; Rotterdam, Holanda</i>	<i>Self-Management Ability Scale (SMAS) Short Form 36 Health Survey (SF-36) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	Capacidades de autogestão Saúde física Sintomas depressivos Recursos diretos (nível de educação e estado civil*)
<i>Short and Long-Term Outcomes from a Multisession Diabetes Education Program Targeting Low-Income Minority Patients: A Six-Month Follow Up</i>	<i>J.G. Ryan et al.; Clinical Therapeutics/Volume 35, Number 1, 2013; Florida, EUA</i>	<i>Instrumento utilizado no Gateway Community Health Center adaptado para a literacia em saúde* Morisky Medication Adherence Measure</i>	Comportamentos de autocuidado na diabetes auto-reportados Conhecimentos Capacidade de gestão do stress

			Adesão à medicação*
<i>Knowing the ABCs: A comparative effectiveness study of two methods of diabetes education</i>	A.D. Naik et al. / <i>Patient Education and Counseling</i> 85 (2011) 383–389; EUA	<i>Diabetes ABCs Questionnaire</i> <i>Diabetes Care Profile</i>	Conhecimentos e compreensão sobre <i>diabetes ABCs</i> Conhecimentos auto-reortados sobre a diabetes Impacto da doença no dia a dia*
<i>Tailored Case Management for Diabetes and Hypertension (TEACH-DM) in a community population: Study design and baseline sample characteristics</i>	M.J. Crowley et al. / <i>Contemporary Clinical Trials</i> 36 (2013) 298–306; EUA	<i>Perceived Competence Scale</i> <i>Hypertension self-efficacy measure</i> <i>Medication-Taking Scale</i> <i>International physical activity questionnaire</i>	Autoeficácia Adesão à medicação auto-reportada Exercício Custo-eficácia*
<i>Evaluation of the web-based Diabetes Interactive Education Programme (DIEP) for patients with type 2 diabetes</i>	E. Heinrich et al. / <i>Patient Education and Counseling</i> 86 (2012) 172–178; The Holanda	Questionário online com 29 questões de escolha múltipla Entrevistas individuais*	Conhecimentos Participação ativa dos pacientes Qualidade percebida*
<i>Profiles of smokers and non-smokers with type 2 diabetes: Initial visit at a diabetes education centers</i>	Enza Gucciardi et al; <i>primary care diabetes</i> 5 (2 0 1 1) 185–194; Canadá	<i>Diabetes Education Outcome Expectations Scale</i> <i>Diabetes Education Self-Efficacy Scale</i> <i>Diabetes Education Intention Scale</i> <i>21-item Beck Depression Inventory [BDI-II]</i> <i>Perceived Social Support Component of the Diabetes Care Profile [DCP]</i> <i>Medical Outcomes Study [MOS] Social Support Survey</i> <i>General Practice Assessment Questionnaire [GPAS]</i> <i>Summary of Diabetes Self-care Measure</i> <i>Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ)</i>	Variáveis cognitivas Expetativas de resultado dos benefícios da autogestão Autoeficácia Comunicação com os educadores na diabetes Fatores psicosociais: sintomas depressivos, suporte social, satisfação com os serviços Comportamentos de autogestão Participação e atitudes face às práticas de autogestão*
<i>Diabetes nurse case management and motivational interviewing for change (DYNAMIC): Study design and baseline characteristics in the Chronic Care Model for type 2 diabetes</i>	H.L. Stuckey et al. / <i>Contemporary Clinical Trials</i> 30 (2009) 366–374; EUA	<i>Emotional distress (PAID)</i> <i>Diabetes-specific quality of life (ADDQoL)</i> <i>Patient satisfaction (DTSQ)</i> <i>Self-care activities (SDSCA)</i>	Mudanças no comportamento de autocuidado e gestão da diabetes Resultados (<i>outcomes</i>) psicológicos Satisfação dos profissionais

			Custo-eficácia*
<i>Diabetes Attitudes Wishes and Needs 2 (DAWN2): A multinational, multi-stakeholder study of psychosocial issues in diabetes and person-centred diabetes care</i>	Mark Peyrot et al; <i>diabetes research and clinical practice</i> 99 (2013) 174–184;	Questionário com elementos do DAWN study (2001) Perguntas abertas	Autocuidado e autogestão da diabetes Atitudes e crenças Impacto da doença Distress psicológico Qualidade de vida relacionada com a saúde Suporte social*
<i>User profiles and personas in the design and development of consumer health technologies</i>	Cynthia LeRouge et al; <i>international journal of medical informatics</i> 82 (2013) e251–e268; EUA	Focus groups Entrevistas	Perfil dos participantes*
<i>Factors associated with poor glycemic control among patients with Type 2 diabetes</i>	M. Khattab et al. / <i>Journal of Diabetes and Its Complications</i> 24 (2010) 84–89; Jordânia	Entrevistas* Questionário estruturado* <i>Validated index</i> proposto por Choo, Rand, Inui, Lee, and Platt (1999)* Escala desenvolvida por Glasgow, Maccaul, and Schafer (1986)* <i>Attitude towards diabetes scale developed by Fitzgerald et al. (1996)</i> <i>Family and friend support scale, which was developed by Fitzgerald et al. (1996)</i>	Comportamentos de autocuidado Adesão à medicação Barreiras à adesão Atitudes face à diabetes Suporte familiar e de amigos*
<i>Utilization of frontal assessment battery and executive interview 25 in assessing for dysexecutive syndrome and its association with diabetes self-care in elderly patients with type 2 diabetes</i>	H. Thabit et al; <i>diabetes research and clinical practice</i> 86 (2009) 208 – 212; Irlanda	Frontal Assessment Battery (FAB) Executive Interview 25 (EXIT25) <i>Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) scale</i>	Autocuidado na diabetes*
<i>CAM: Naturopathic dietary interventions for patients with Type 2 diabetes</i>	E.B. Oberg et al. / <i>Complementary Therapies in Clinical Practice</i> 17 (2011) 157e161; EUA	<i>Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA) questionnaire</i> <i>Problem Areas in Diabetes (PAID) scale</i> <i>Perceptions about Nutritional Counseling questionnaire</i>	Autocuidado na diabetes Função emocional e resiliência Autoeficácia*

		<i>Counseling questionnaire</i> <i>Seven Eating Styles Questionnaire</i>	
<i>How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French DIABASIS survey (VER ARTIGO 19)</i>	<i>H. Mosnier-Pudar et al. / Diabetes & Metabolism 35 (2009) 220–227; França</i>	Auto-questionário com 37 questões relacionadas com a doença*	Conhecimentos sobre a diabetes*
<i>Self-care, Self-efficacy, and Glycemic Control of Koreans With Diabetes Mellitus</i>	<i>H. Lee et al.; Asian Nursing Research 2009;3(3):139–146; Coreia do Sul</i>	<i>International Physical Activity Questionnaire (IPAQ; Ainsworth et al., 2000)</i> <i>Revised Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure Scale (Revised SDSCA Scale; Toobert, Hampson, & Glasgow, 2002)</i> <i>Diabetes management self-efficacy scale for patient with Type 2 Diabetes (SE-Type 2; Bijl, Poelgeest-Eeltink, & Shortridge-Baggett, 1999)</i>	Atividade física Caraterísticas relacionadas com a diabetes Autocuidado Autoeficácia*
<i>The relationship of patient participation and diabetes outcomes for patients with high vs. low health literacy</i>	<i>H. Ishikawa, E. Yano / Patient Education and Counseling 84 (2011) 393–397; Tokio, Japão</i>	Questionário recém-desenvolvido sobre literacia em saúde obtido a partir da escala <i>Diabetes Care Profile</i> *	Literacia em saúde Participação nas consultas médicas Autoeficácia no autocuidado da diabetes*
<i>A mobile health infrastructure to support underserved patients with chronic disease</i>	<i>S.L. Moore et al. / Healthcare 2 (2014) 63–68; EUA</i>	<i>Focus group</i>	Autogestão*
<i>Strategic management of behavioural change in type 2 diabetic patients</i>	<i>S.P. Lin, M.J. Wang, public health 126 (2012) 1 8-24; Tailândia</i>	<i>focus group</i> Questionários	Perseverança Desejo de comer Severidade percebida da diabetes Limitação das atividades diárias devido à diabetes Estado de saúde percebido*
<i>Profile of adults with type 2 diabetes and uptake of clinical care best practices: Results from the 2011 Survey on Living with Chronic Diseases in Canada – Diabetes component</i>	<i>Aurelie Baillot et al; diabetes research and clinical practice 103 (2014) 11 – 19; Canadá</i>	Dados recolhidos no 2011 <i>Survey on Living with Chronic Diseases in Canada – Diabetes component</i>	Prevalência de complicações Nível de monitorização clínica Autovigilância/Recomendações percebidas de gestão de estilos de vida*
<i>Sleepiness, physical activity, and functional outcomes in veterans with type 2 diabetes</i>	<i>E.R. Chasens et al. / Applied Nursing Research</i>	<i>Epworth Sleepiness Scale</i>	Sonolência diurna

	22 (2009) 176–182; EUA	<i>Functional Outcomes of Sleep Questionnaire</i>	Atividade física Resultados (<i>outcomes</i>) funcionais*
<i>Dosing Irregularities and Self-Treated Hypoglycemia in Type 2 Diabetes: Results from the Canadian Cohort of an International Survey of Patients and Healthcare Professionals</i>	L.A. Leiter et al. / <i>Can J Diabetes</i> 38 (2014) 38-44; Canadá	Questionário dirigido aos acientes e questionário dirigido aos profissionais*	Gestão da diabetes Gestão de hipoglicemias Bem-estar*
<i>Self-care and glycaemic control: a cross-sectional study</i>	Sawsan Imseeh et al; <i>Abstracts (???)</i> , 2013; Palestina	<i>Summary of Diabetes Self-Care Activities questionnaire</i>	Autocuidado na diabetes*
<i>Clinical and socio-economic correlates of quality of life and treatment satisfaction in patients with type 2 diabetes</i>	A. Nicolucci et al; <i>Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases</i> (2009) 19, 45-53; Itália	SF-36 Health Survey (SF-36) WHO-Well Being Questionnaire (WBQ) WHO-Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire (DTSQ)	Qualidade de vida relacionada com a saúde Satisfação com o tratamento*
<i>Cost-Utility Analysis of Pharmaceutical Care Intervention Versus Usual Care in Management of Nigerian Patients with Type 2 Diabetes</i>	Maxwell O. et al.; <i>Value in Health Regional Issues</i> 2 (2013) 189-198; Nigéria	activity-based costing HUI23S4EN.40Q (Mark index 3) questionnaire	Custo-eficácia Qualidade de vida*
<i>Patient-reported use of collaborative goal setting and glycemic control among patients with diabetes</i>	J.E. Lafata et al. / <i>Patient Education and Counseling</i> 92 (2013) 94–99; EUA	<i>Structural equation model (SEM)</i>	Uso auto-reportado de estabelecimento de objetivos Competência percebida Confiança nos profissionais*
<i>Designing mobile support for glycemic control in patients with diabetes</i>	L.T. Harris et al. / <i>Journal of Biomedical Informatics</i> 43 (2010) S37–S40; EUA	Entrevistas	Experiências com o dispositivo
<i>The relationship between diabetes-related distress and clinical variables and perceived support among adults with type 2 diabetes: A prospective study</i>	B. Karlsen, E. Bru / <i>International Journal of Nursing Studies</i> 51 (2014) 438–447; Noruega	<i>Problem Areas in Diabetes Scale</i>	Suporte profissional e familiar percebido Distress relacionado com a diabetes*
<i>Self-management of health-behaviors among older and younger workers with chronic illness</i>	F. Munir et al. / <i>Patient Education and Counseling</i> 77 (2009) 109–115; RU	<i>Self-Management Behaviors Scale seven items measured on a 10 point Likert scale</i>	Autogestão de comportamentos de saúde*

<i>Depression among adults with diabetes in Jordan: risk factors and relationship to blood sugar control</i>	R.M. Al-Amer et al. / <i>Patients' Health Questionnaire-8 (PHQ-8) Journal of Diabetes and Its Complications</i> 25 (2011) 247–252; Jordânia		Depressão*
<i>Lifestyle Care Indicators in Individuals with Major, Minor No Depression: A Community-Based Diabetes Study in Quebec</i>	Lyne Messier et al; <i>Patient Health Questionnaire (PHQ-9) CANADIAN JOURNAL OF DIABETES.</i> 2011;35(1):22-30. Quebec, Canadá		Depressão Indicadores auto-reportados de estilos de vida e cuidados Percepções relacionadas com os indicadores*
<i>Using collaborative learning to improve diabetes care and outcomes: The VIDA project</i>	Alberto Barceló et al; <i>Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) primary care diabetes 4 (2 0 1 0)</i> 145–153; México	<i>questionnaire adapted for diabetes</i>	Áreas a melhorar nos cuidados*
<i>Self-reported hypoglycemia and impact on quality of life and depression among adults with type 2 diabetes mellitus</i>	Andrew J. Green et al; <i>diabetes research and clinical practice</i> 96 (2012) 31 3– 3 18; EUA	<i>short form-12 (SF-12) questionnaire</i>	Taxa de episódios de hipoglicemia Qualidade de vida Depressão*
<i>Evaluation of T2DM related knowledge and practices of Omani patients</i>	Z.S. Al Bimani et al.; <i>Saudi Pharmaceutical Journal</i> (2014); Oman	Questionário auto-desenhado	Conhecimentos e práticas relacionadas com a diabetes tipo 2*
<i>Online usability and patients with long-term conditions: A mixed-methods approach</i>	Hans C. Ossebaard et al; <i>international journal of medical informatics</i> 81 (2 0 1 2) 374–387; Holanda	Entrevistas semi-estruturadas <i>eHealth Literacy scale</i> <i>Focus group</i>	Utilidade de ferramenta informática
<i>Stroke prevention care delivery: Predictors of risk factor management outcomes</i>	S.E. Ireland et al. / <i>International Journal of Nursing Studies</i> 48 (2011) 156–164; Canadá	<i>Modified and Mini-Mental State Examinations</i> <i>Trail Making Test</i> <i>Clock Drawing Test</i> <i>medication self-efficacy scale</i> <i>Lubben Social Network Scale</i> <i>Geriatric Depression Scale</i>	Caraterísticas sociopsicológicas Caraterísticas fisiológicas Caraterísticas de adesão*

<i>Application of the Transtheoretical model to physical activity in older adults with Type 2 diabetes and/or cardiovascular disease</i>	A. Kirk et al. <i>Psychology of Sport and Exercise</i> 11 (2010) 320e-24; Glasgow, RU	TTM questionnaires	Atividade física Autoeficácia* physical activity
<i>Depression, self-esteem, diabetes care and self-care behaviors among middle-aged and older Mexicans</i>	Maricruz Hernandez; Rivera- diabetes reasearch and clinical practice XXX (2014) XXX- XXX; México	Dados do Mexican Nutrition and Health Survey 2012	Depressão Auto-estima Cuidados recebidos*
<i>Identifying Groups of Nonparticipants in Type 2 Diabetes Mellitus Education.</i>	Ingmar Schäfer et al.; American Journal of Managed Care. 2013;19(6):499-506	2-sided t tests and χ^2 tests postal survey and chart review	Motivos para não participação e programas de educação na diabetes*
<i>Impact of peer health coaching on glycemic control in low-income patients with diabetes: a randomized controlled trial.</i>	David H. Thom et al.; ANNALS OF FAMILY M E D I C I N E 2013;11:137- 144; EUA	Questionário	Cuidados recebidos*
<i>Reduction of Depressive Symptoms in an Elderly Mexican-American Female with Type 2 Diabetes Mellitus: A Single-Subject Study.</i>	Emily Piven Haltiwanger; David Galindo; 2012; USA; Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/oti.1338;	Beck Depression Inventory (BDI) Canadian Occupational Performance Measure (COPM) Diabetes Self -Efficacy Questionnaire Exercise Questionnaire	Sintomas depressivos Autoeficácia Exercício*
<i>Testing a peer support intervention for people with type 2 diabetes: a pilot for a randomised controlled trial.</i>	David Simmons et al.; BMC Family Practice 2013, 14:5	Observação Entrevistas semi-estruturadas Questionários	Conhecimentos sobre diabetes Satisfação com cuidados dos educadores*
<i>Needs and preferences for nutrition education of type 2 diabetic adults in a resource-limited setting in South Africa.</i>	Muchiri, J.W., Gericke, G.J. & Rheeder, P.; Health SA Gesondheid 17(1); 2012	Focus group com questões estruturadas Questionários auto-administrados*	Lacunas nos conhecimentos relacionados com a doença Práticas alimentares inadequadas auto-relatadas Barreiras Suporte familiar e profissional*
<i>Social Control in Older Adults' Diabetes Self Management and Well-Being.</i>	Joseph G. et al.; Wake Forest School of Medicine; BEHAVIORAL MEDICINE, 38: 115–120, 2012	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	Comportamentos de autogestão Sintomas depressivos*

<i>Efficacy of a computerized simulation in promoting walking in individuals with diabetes.</i>	Bryan Gibson et al.; <i>J Med Internet Res</i> 2012;14(3); EUA	Self -reported physical activity (International Physical Activity Questionnaire [IPAQ] 7-day) Theory of planned behavior-related beliefs, and knowledge (Diabetes Knowledge Test).	Crenças Intenções Conhecimentos Comportamentos de caminhada*
<i>Relation between empowerment of diabetes control and adoption of self-management behaviors and its related factors among type 2 diabetic patients.</i>	Azar Tol et al.; <i>Journal of Medical Sciences</i> Vol. 19, No. 98, Jul-Aug 2012	Questionário Diabetes empowerment scale (28 items) Diabetes self-management instrument (35 items)	Empowerment Comportamentos de autogestão*
<i>Working with CALD groups: testing the feasibility of an intervention to improve medication self- management in people with kidney disease, diabetes, and cardiovascular disease.</i>	Allison Williams et al.; <i>Renal Society of Australasia Journal</i> //July 2012 Vol 8 No 2, Austrália	Short Form 12 Health Survey (SF-12) Medication Adherence Self -Efficacy Scale (MASES) Abbreviated Mental Health Score Morisky Medicine Adherence Scale	Autoeficácia Adesão à medicação*
<i>A Culturally Sensitive Diabetes Peer Support for Older Mexican-Americans.</i>	Emily Piven Haltiwanger, Henry Brutus, <i>Occup. Ther. Int.</i> 19 (2012) 67–75 © 2011, EUA	Questionários	Autoeficácia Mudança transformacional Recursos pessoais*
<i>Poor cognitive function and risk of severe hypoglycemia in type 2 diabetes: post hoc epidemiologic analysis of the ACCORD trial.</i>	ZUBIN PUNTHAKEE et al.; <i>Diabetes Care</i> 35:787–793, 2012; EUA	Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT) Auditory Verbal Learning Test (AVLT) Stroop Test Mini-Mental Status Examination (MMSE) (Folstein et al)	Funções cognitive Declínio cognitive Risco de hipoglicemia severa*
<i>Attitudes toward diabetes affect maintenance of drug-free remission in patients with newly diagnosed type 2 diabetes after short-term continuous subcutaneous insulin infusion treatment.</i>	AILING CHEN et al.; <i>Diabetes Care</i> 35:474–481, 2012; Guangzhou, China	Diabetes Care Profile (DCP) tool	Atitudes face à doença Remissão*
<i>Self-efficacy associated with self-management behaviours and health status of South Koreans with chronic diseases.</i>	Yoo H, Kim CJ, Jang Y, You M-A. <i>International Journal of Nursing Practice</i> 2011; 17: 599–606; Coreia do Sul	Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) (Pfeiffer) Personal Data Questionnaire Exercise Behaviour Scale Communication with Physician Scale Cognitive Symptom Management Scale Chronic Disease Selfefficacy Scale	Autoeficácia Autogestão Comportamentos Estado de saúde*

Visual Numeric Pain Scale
 Fatigue Scale
 Patient Health Questionnaire Depression
 Scale (PHQ-9)(Kroenke et al.)
 Health Distress Scale
 Stanford Health Assessment Questionnaire
 Eightitem Disability Scale

Motivation for diet and exercise management among adults with type 2 diabetes.	Björg Oftedal, Edvin Bru, Björg Karlson; Scandinavian Journal of Caring Sciences; 2011; 25; 735–744; Noruega	Questionário	Indicadores de motivação Expetativas Gestão da dieta e exercício*
A brief structured education programme enhances self-care practices and improves glycaemic control in Malaysians with poorly controlled diabetes.	M. Y. Tan, et al; HEALTH EDUCATION RESEARCH, Vol.26 no.5 2011, Pages 896–907, EUA	Revised Diabetes Self -care Activities (RDSA) questionnaire	Práticas de autocuidadoa. Dieta, exercício, adesão à medicação e autovigilância Conhecimentos sobre a diabetes*
Outcomes of an advanced practice nurse-led type-2 diabetes support group.	Suphamas Partiprajak et al.; Pacific Rim Int J Nurs Res 2011 15(4) 288-304; Tailândia	Personal and Medical Information Questionnaire (PMIQ) Self -care Abilities Questionnaire (SAQ) Diabetic Quality of Life Questionnaire (DQoL) Satisfaction with Nursing Care Questionnaire (SNCQ) Entrevistas Observação	Resultados (outcomes) relacionados com a diabetes Competências de autocuidado Qualidade de vida Satisfação com os cuidados de saúde*
Using technology to deliver healthcare education to rural patients.	CV McIlhenny et al.; Rural and Remote Health 11: 1798. (Online) 2011; EUA	Problem Areas in Diabetes Scale (PAID)	Conhecimentos sobre a diabetes Qualidade de vida Com portamentos de autogestão*
Cluster-randomized trial of a mobile phone personalized behavioral intervention for blood glucose control.	CHARLENE C. QUINN et AL; DIABETES CARE, 2011; EUA	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ) Nineitem version of the Self-Completion Patient Outcome Instrument	Sintomas depressivos Sintomas relacionados com a diabetes Distress relacionado com a diabetes*

17-item Diabetes Distress Scale

<i>Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes: A randomized controlled trial.</i>	<i>S-F. V.Wu et al; Nursing and Health Sciences (2011), 13, 335–343; Tailândia</i>	<i>Diabetes Management Self -Efficacy Scale (C-DMSES) [Chinese] Perceived Therapeutic Efficacy Scale (C-PTES) [Chinese] Summary of Diabetes Self -Care Activities (SDSCA) [Chinese]</i>	Expetativas de eficácia Expetativas de resultado Atividades de autocuidado*
<i>Effect of Computer-Generated Tailored Feedback on Glycemic Control in People With Diabetes in the Community: A randomized controlled trial.</i>	<i>DIANA SHERIFALI et al; Diabetes Care 34:1794–1798, 2011; Canadá</i>	<i>European Quality of Life–5 Dimension (EQ-5D) scale Visual Analog Scale (VAS) Audit of Diabetes Dependent Quality of Life (ADDQoL) scale</i>	Qualidade de vida Estado de saúde Qualidade de vida relacionada com a diabetes*
<i>A community-based approach for the self-management of diabetes.</i>	<i>D Sherifali*, J Greb, G Amirthavasari, H Gerstein, S Gerstein; Eur Diabetes Nursing 2011; 8(2): 54–59; Canadá</i>	Questionários	Gestão da diabetes Comportamentos Fatores de risco Utilização de cuidados de saúde e consequências*
<i>Health Literacy and Its Association with Diabetes Knowledge, Self-Efficacy and Disease Self-Management Among African Americans with Diabetes Mellitus.</i>	<i>Voncella McCleary Jones; The ABNF Journal 2011, 25-32; EUA</i>	<i>Diabetes Knowledge Test Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Summary of Diabetes Self -Care Activities (SDSCA) Diabetes Self -Efficacy Scale</i>	Literacia em saúde Conhecimentos sobre a diabetes Autoeficácia percebida Sutogestão da doença*
<i>Randomized trial of a literacy-sensitive, culturally tailored diabetes self-management intervention for low-income latinos: latinos en control.</i>	<i>MILAGROS C. ROSAL et al; Diabetes Care 34:838–844, 2011; EUA</i>	<i>Telephone questionnaire</i>	Comportamentos de autogestão: dieta, exercício e autovigilância Conhecimentos sobre a diabetes Autoeficácia*
		<i>Audit of Diabetes Knowledge</i>	
		<i>17-item tool to assess self-efficacy developed by the research team</i>	

<i>New models of self-management education for minority ethnic groups: pilot randomized trial of a story-sharing intervention.</i>	Trisha Greenhalgh et al; <i>Journal of Health Services Research & Policy</i> Vol 16 No 1, 2011: 28–36; RU	Entrevistas Observação <i>Patient Enablement Instrument (PEI)</i>	Bem-estar Capacitação*
<i>“Give Me Some Sugar!” The Diabetes Self-Management Activities of African-American Primary Caregiving Grandmothers.</i>	Dana L. Carthron ET AL; <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 2010; 42:3, 330–337; EUA	<i>Mini-Mental Status Examination (MMSE)</i> (Folstein et al)	Atividades de autogestão
<i>Diabetes Care and Outcomes: Disparities Across Rural America.</i>	Nathan L. Hale; <i>J Community Health</i> (2010) 35:365–374; EUA	<i>Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)</i>	Procura de cuidados de saúde Autovigilância dos pés Vigilância dos olhos*
<i>An assessment of lifestyle video education for people newly diagnosed with type 2 diabetes.</i>	P. A. Dyson et al; 2010 <i>J Hum Nutr Diet</i> , 23, pp. 353–359; Oxford, RU	<i>ADKnowl Questionnaire</i> (Speight and Bradley) <i>WHO-5 Well-Being Questionnaire</i>	Conhecimentos Qualidade de vida*
<i>Type 2 diabetes self-management social support intervention at the U.S.-Mexico border.</i>	McEwen et al; <i>Public Health Nursing</i> Vol. 27 No. 4, pp. 310–319, 2010; US México	<i>Summary of Diabetes Self -Care Activities (SDSCA)</i> <i>International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)</i> <i>Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ)</i>	Atividades de autogestão da diabetes Conhecimentos sobre a diabetes Distress relacionado com a diabetes Comportamentos sedentários*
<i>Patient beliefs and sense of control among Spanish-speaking patients with diabetes in Northeast Colorado.</i>	L. V. Sullivan et al; <i>J Immigrant Minority Health</i> (2010) 12:384–389; Los Angeles, CA, EUA	Entrevistas	Atitudes e crenças relacionados com a diabetes Atividades de autogestão Cuidados recebidos*
<i>Self-management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes.</i>	Yin Xu et al; <i>Nursing and Health Sciences</i> (2010), 12, 228–234; USA	<i>Summary of Diabetes Self -Care Activities (SDSCA)</i>	Autogestão da diabetes*
<i>The relationship between diabetes distress and clinical depression with glycemic control among patients with type 2 diabetes.</i>	LAWRENCE FISHER , ET AL, <i>DIABETES CARE</i> , VOLUME 33, NUMBER 5, MAY 2010, CALIFORNIA, EUA	<i>Diabetes Distress Scale [DDS]</i> <i>Patient Health Questionnaire 8 [PHQ8]</i>	Distress relacionado com a diabetes Depressão*
<i>Self-reported health, functional status and chronic disease</i>	Deborah Banerjee ET AL;	Questionário	Prevalência da doença crónica

<i>in community dwelling older adults: untangling the role of demographics.</i>	<i>J Community Health</i> (2010) 35:135–141; EUA		Limitações de saúde Estado de saúde percebido*
<i>The association between regulatory focus and distress in patients with a chronic disease: The moderating role of partner support.</i>	<i>Marika C. Schokker et;</i> <i>British Journal of Health Psychology</i> (2010). 15, 63-78; University of Groningen, Holanda	<i>Regulatory Focus Questionnaire</i> <i>General Health Questionnaire -12</i>	Participação ativa Distress*
<i>Improving glycaemic control self-efficacy and glycaemic control behaviour in Chinese patients with Type 2 diabetes mellitus: randomised controlled trial.</i>	<i>Qifang Shi, et al; Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing</i> , 19, 398–404, 2010; China	<i>Diabetes Management Self -Efficacy Scale (DMSES) Summary of Diabetes Self -Care Activities (SDSCA)</i>	Autoeficácia relacionada com a autovigilância da glicemia Comportamentos de control da glicemia*
<i>Diabetes distress but not clinical depression or depressive symptoms is associated with glycemic control in both cross-sectional and longitudinal analyses.</i>	<i>LAWRENCE FISHER et al; Diabetes Care</i> 33:23–28, 2010; EUA	<i>Composite International Diagnostic Interview</i> <i>Center for Epidemiological Studies- Depression</i> <i>Diabetes Distress Scale</i>	Sintomas depressivos Distress relacionado com a diabetes Autogestão Stress*
<i>Quality of delivered care for people with type 2 diabetes: a new patient-centred model.</i>	<i>Jafar S Tabrizi, J Res Health Sci</i> , Vol. 9, No. 2, 2009, pp. 1-9; Irão	<i>Patient Activation Measure (PAM) (Hibbard et al)</i> <i>self -reported adherence to national guidelines for technical quality</i> <i>Netherlands Institute for Health Services Research questionnaire for service quality short form of the Patient Activation Measure for Customer Quality</i>	Qualidade de cuidados na perspetiva das pessoas com diabetes tipo 2*
<i>An evaluation of Web-based education as an alternative to group lectures for diabetes self-management.</i>	<i>M. Song et al.; Nursing and Health Sciences</i> (2009), 11, 277–284; Coreia	<i>Diabetes Self -care Behavior Scale</i>	Conhecimentos sobre cuidados na diabetes Comportamentos de autocuidado na diabetes*
<i>Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: results of a 12 month trial.</i>	<i>M. Moriyama et al.; Japan Journal of Nursing Science</i> (2009) 6, 51–63; Japão	<i>Dois itens da QOL scale in the WHO-QOL26</i> <i>Generalized Self-Efficacy Scale</i>	Qualidade de vida Autoeficácia*

<i>Dietary fat reduction behaviors among African American, American Indian, and White older adults with diabetes.</i>	<i>S. A. Quandt et al.; Journal of Nutrition for the Elderly, 28:143–157, 2009; North Carolina, EUA</i>	<i>Fat and Fiber-Related Behavior Questionnaire (FFB)</i>	Comportamentos alimentares
<i>Pilot study of a virtual diabetes clinic: satisfaction and usability.</i>	<i>J Powell et al.; Journal of Telemedicine and Telecare 2009; 15: 150–152; Coventry, RU</i>	Questionário	Satisfação Utilidade
<i>Factors associated with diabetes-related distress: implications for diabetes self-management</i>	<i>J. Wardian and F. Sun; Social Work in Health Care, 53:364–381, 2014; Arizona, EUA</i>	<i>Diabetes Distress Scale (DDS)</i>	Distress relacionado com a diabetes Autocuidado na diabetes Autogestão*
<i>REDEEM: a pragmatic trial to reduce diabetes distress</i>	<i>F. Lawrence et al; Diabetes Care vol. 36; 2013</i>	<i>Diabetes Distress Scale (DDS) total Emotional Burden (EB) Regimen Distress (RD) DDS subscales</i>	Distress Adesão à dieta, exercício e medicamentos*
<i>Depression and Risk Perceptions in Older African Americans With Diabetes</i>	<i>Rovner et al.; Diabetes Spectrum Volume 27, Number 2, 2014; Philadelphia, EUA</i>	<i>Risk Perception Survey– Diabetes Mellitus (RPS-DM) Personal Disease Risk subscale Environmental Risk subscale Diabetes Risk Knowledge subscale Diabetes Self-Care Inventory–Revised (DSCI-R) Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)</i>	Controlo percebido Perceção de riscos de saúde Adesão às práticas de autocuidado na diabetes Depressão*
<i>Health and Diabetes Self-efficacy: A Study of Diabetic and Non-diabetic Free Clinic Patients and Family Members</i>	<i>Akiko Kamimura et al. Journal Communit Health 39; 2014; EUA</i>	<i>Diabetes Empowerment Scale-Short Form (DES-SF)</i>	Estado de saúde percebido Autoeficácia Saúde física e mental*

*Tradução própria